THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — THÈSE — N° 84

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Décembre 1905, à 1 heure

PAR

L.-H. PETIT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'Appendicite tuberculeuse

Président : M. PINARD, *professeur*

Juges { MM. BLANCHARD, *professeur*
GAUCHER, *professeur*
TEISSIER, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef des travaux anat.
BROCA (André	GOUGET	MAILLARD	
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE LA MEILLEURE DES MÈRES

Hommage de mon profond amour filial.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR L.-H. PETIT

Bibliothécaire-adjoint à la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

MEIS ET AMICIS

Avant de quitter les hôpitaux je désire exprimer à tous mes Maîtres mes remerciements et ma sincère reconnaissance pour leurs conseils et leur enseignement. Il en est deux, tout d'abord, à la mémoire desquels je tiens à apporter un témoignage de gratitude et de profond respect.

Le premier est M. Rendu, dont j'aurai toujours présentes à l'esprit les excellentes leçons de vraie clinique, simples, claires, que rendaient si attrayantes sa prodigieuse mémoire et sa cordiale bonhomie.

L'autre est M. Gérard-Marchant, qui fut vraiment mon maître en chirurgie, puisque j'ai été stagiaire, externe et interne dans son service. C'est sous ses yeux que j'ai fait mes premières opérations et je n'oublierai jamais la confiance qu'il m'avait fait le très grand honneur de m'accorder, dès ma première année d'internat. Ce n'est pas seulement le Maître, dont je tiens à évoquer le souvenir, c'est également l'ami que je désire remercier de ses bons conseils et de l'affectueuse sympathie que lui et sa famille m'ont toujours témoignée.

Mes deux autres chefs dans l'internat furent MM. Jalaguier et Ricard.

C'est auprès de M. Jalaguier que j'ai appris la chirurgie infantile et que j'ai pu apprécier en particulier les bons résultats des méthodes conservatrices dans les tuberculoses osseuses. Qu'il me permette de le remercier ici très sincèrement des leçons et de l'appui si cordial que j'ai toujours trouvés auprès de lui.

J'ai terminé mon internat aux côtés de M. Ricard et je puis l'assurer que je conserverai toujours un excellent souvenir de cette année de Saint-Louis, où il nous a initié, dans son beau service, à ses procédés opératoires si simples et si ingénieux. Accordant à ses internes la plus grande confiance, autorisant la plus large initiative, il nous a permis de la sorte, d'acquérir des connaissances de chirurgie pratique tout à fait précieuses.

Je tiens encore à adresser mes remerciements à M. Hirtz chez qui je fis mon stage médical, à M. Séglas de Bicêtre et à M. Demoulin de Boucicaut. Quant à M. le professeur Pinard qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, ma dette de reconnaissance envers lui date de bien plus loin encore, et je puis dire que je ne me suis jamais adressé à lui en vain pour obtenir un conseil ou un appui. C'est dans sa Maternité modèle de Baudelocque que j'ai appris l'art des accouchements. Qu'il me permette de l'assurer ici une fois encore de ma recpectueuse et filiale affection.

J'adresse enfin mes remerciements à mes maîtres et collègues français ou étrangers pour les observations inédites qu'ils ont bien voulu m'envoyer, en particulier à M. Letulle pour les documents innombrables et précieux qu'il a bien voulu mettre à ma disposition, avec son habituelle bienveillance, pour la rédaction du chapitre d'anatomie pathologique.

H. P.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'Appendicite tuberculeuse

INTRODUCTION

D'après les conseils de notre maître, le docteur Ricard, nous avions pris d'abord comme sujet de thèse la question *des appendicites chroniques* dont l'appendicite tuberculeuse ne devait constituer qu'un des chapitres. Or, en étudiant ce point particulier, nous avons pu réunir un si grand nombre de documents que nous avons préféré nous limiter à cette question et faire un travail moins étendu, mais plus complet.

L'appendicite tuberculeuse n'est donc pas aussi *exceptionnellement rare* que le dit le professeur Dieulafoy (1) et que les cliniciens le pensent en général.

1. Dieulafoy. *Sem. Médic.*, 8 octobre 1902.

D'ailleurs, Letulle et Weinberg (1), dans leur remarquable étude sur l'anatomie pathologique des appendicites déclarent que *l'appendicite tuberculeuse est excessivement commune*. Nous croyons que, sans être *excessivement commune*, l'appendicite tuberculeuse et assez fréquente pour attirer l'attention du clinicien. Si elle passe souvent inaperçue, c'est que l'on ne pratique pas systématiquement l'examen histologique et bactériologique de tous les appendices enlevés, en le complétant au besoin par l'inoculation aux animaux. Le professeur Terrier (2) a insisté sur la nécessité de ce triple examen, et il est certain que si on avait toujours pu le faire, bien des appendices qui, à l'œil nu, parurent simplement atteints de folliculite banale, auraient été reconnus vraiment tuberculeux. Tel est le cas communiqué par MM. Ménétrier et Aubertin (obs. VII) où l'examen microscopique révéla des lésions tuberculeuses de l'appendice que rien ne faisait soupçonner.

Si donc on veut bien admettre la fréquence relative de l'appendicite tuberculeuse, et c'est ce que nous espérons prouver par ce modeste travail, on comprendra la nécessité doublement impérieuse d'enlever tout appendice malade : supprimer d'abord un organe qui est une menace de péritonite et, de plus, enlever un foyer de tuberculose avant qu'il

---

1. Letulle et Weinberg. *Arch. des Sc. Méd. de Jonnesco*, 1895.

2. Terrier. *Bull. Soc. Chir.*, 17 février 1892, p. 131.

n'ait pu disséminer la contagion dans tout l'organisme.

Dans cette thèse, nous limiterons notre étude aux lésions tuberculeuses de l'appendice seulement, laissant de côté les cas où la tuberculose iléo-cœcale est tout et la lésion de l'appendice secondaire. Nous donnerons à cette affection, le nom d'*appendice tuberculeuse*, bien que d'après le professeur Dieulafoy les lésions tuberculeuses de l'appendice ne méritent pas ce titre. Ces lésions *restent lettre morte* (1), elles n'évoluent pas en *vase clos*, donc pas d'appendicite. Ce seraient toujours des *trouvailles d'autopsie* et cette affection ne mériterait que le nom de *tuberculose de l'appendice*. Or, dans les soixante-dix cas que nous rapportons, il n'y en a que *trois* dans lesquels les lésions tuberculeuses de l'appendice ne se soient manifestées par aucun signe et aient été véritablement des *trouvailles d'autopsie*. Tous les autres ont été accompagnés d'un cortège des symptômes qui ont permis au clinicien, sinon de poser le diagnostic complet *d'appendicite tuberculeuse*, tout au moins d'en trouver le premier terme et de dire : « Il y a une appendicite. »

C'est pour cela que nous intitulons notre thèse : *Appendicite tuberculeuse* et non pas *Tuberculose de l'appendice*, titre beaucoup plus vague et qui ne présente plus le même intérêt clinique et thérapeutique que le premier.

---

1. Dieulafoy, *loc. cit.*

HISTORIQUE

Le premier auteur qui ait parlé des lésions de « *l'appendice cœcal* » paraît-être *Mestivier* (1), (1759), ni lui, ni Longer Willermay (2), (1824), ni Meslier (3), (1827), n'eurent affaire à des lésions tuberculeuses. La première observation *d'appendicite tuberculeuse* est celle de Corbin (4) d'Orléans, (1837). A la même époque paraît en Amérique l'observation de Hallowell (5).

Ensuite viennent la communication, puis la thèse de Bodart (6), (1844), de Simon (7), (1847), la thèse de Favre (8), (1851), de Dufour (9), (1852), et la communication de Broca (10) la même année. La plupart de ces cas se rapportent à des péritonites suraiguës par perforation. Il fallait un cortège symptomatique à grand fracas pour attirer l'attention sur

---

1. Mestivier. *Journ. de Méd. et chirurg,* t. X, p. 441, 1759.
2. Longer Willermay. *Arch. gén. de médecine,* 1824.
3. Meslier. *Journ. gén. de méd. et chirurg.*, 1827.
4. Corbin. *Gazette médicale,* 7 octobre 1837.
5. Hallowell *Am. Journ. of. Med. Sc.* 1838, vol. XXII, p. 127.
6. Bodart. *Bull. Soc. Anat.*, 1844, et th. de Paris, 1844.
7. Simon. *Bull. Soc. Anat.*, 1847, p. 135.
8. Favre. Th. de Paris.
9. Dufour. *Bull. Soc. Anat.*, 1852, p. 212
10. Broca. *Bull. Soc. Anat.*, 1852, p. 111.

l'appendice, à cette époque où l'on ne connaissait guère la pathologie de cet organe et où la chirurgie abdominale n'existait pas.

En Allemagne Cless (1), et Albers (2) ; en Angleterre, Habersohn (3) abordent incidemment la question, mais sans apporter de faits nouveaux. C'est Leudet (4) de Rouen qui, le premier, dans un travail d'ensemble sur les appendicites, a bien mis en valeur les rapports de cette maladie avec la tuberculose. Toutefois Leudet a beaucoup exagéré le rôle de celle-ci dans la pathogénie des appendicites et des perforations.

La thèse de Crouzet (5), (1865), apporte de nouveaux cas, mais celles de Blatin (6), (1868), de Sauzède (7), (1871), de Legrain (8), et Paulier (9) en 1875, de Taverney (10), (1877), signalent encore l'appendicite tuberculeuse sans en apporter de nouvelles observations.

En 1869 Duguet (11) présente un cas de phlegmon

---

1. Cless. *Canstabt's Jahresberich*, 1853, t. III, p. 187. *Medicin. corresp. Blatt de Wurtemb. Aertzl, Vereins.*, 1857.
2. Albers. *Archiv. f. Physiolog.* Heilkund, 1851, p. 455.
3. Habersohn. *Obs. and diseases of. the alimentary canal.* London, 1857.
4. Leudet *Arch. gén. de méd.* Août, septembre, 1859.
5. Crouzet. Thèse de Paris, 1865.
6. Blatin. Thèse de Paris, 1868.
7. Sauzède. Thèse de Paris, 1871.
8. Legrain, Thèse de Paris, 1875.
9. Paulier. Thèse de Paris, 1875.
10. Taverney. Thèse de Paris, 1877.
11. Duguet. *Bull. Soc. Biologie*, 1869.

de l'appendice chez un tuberculeux, et en 1878, dans la thèse d'agrégation de Spillmann (1), paraît une remarquable étude sur l'anatomie pathologique de l'appendicite tuberculeuse.

Pour être complet, ce chapitre devrait encore citer beaucoup d'autres noms, le lecteur les trouvera dans la partie bibliographique.

A partir de cette époque, l'appendicite tuberculeuse semble retomber dans l'oubli, ainsi d'ailleurs que toute la pathologie de l'appendice. En 1888 Biggs (2), cité par Bouglé (3), publie un travail sur la tuberculose de l'appendice, au sujet duquel nous n'avons aucun renseignement. En 1891, Bland Sutton (4), présente un cas douteux, la même année Pilliet et Hartmann (5), apportent un cas de tuberculose iléo-cœcale avec prédominance des lésions sur l'appendice, et Roux (6) de Lausanne cite trois cas d'appendicite tuberculeuse.

Mais il faut arriver à 1892 pour trouver l'importante discussion de la Société de chirurgie qui attira de nouveau l'attention sur ce sujet et le remit à l'ordre du jour.

---

1. Spillmann. Thèse agrégation, 1878.

2. Biggs. « Tub. de l'appendicite » *New-York Patholog. Society*. 1888.

3. Bouglé. « L'append. tubercul. » *Arch. Gén. de Méd.*, 3 février 1903.

4. Bland Sutton, *Brit. Med. journ.*, 1891, 1er semestre, p. 409.

5. Pilliet et Hartmann. *Bull. Soc. anat.*, 31 juillet 1891.

6. Roux. *Rev. Médic. de la Suisse Romande*, nov. 1891.

Bouilly (1), Terrier (2), Delorme (3), Richelot (4), viennent successivement apporter un certain nombre de cas d'appendicite tuberculeuse qui commencent à fixer l'histoire clinique de cette affection. Les années suivantes sont publiés, en France et à l'étranger un certain nombre de cas isolés : (Reclus (5) Monod (6), Stearns (7), Sonnenburg (8), Karewski (9); mais le premier travail d'ensemble sur la question est la thèse d'Aynes (10) de Bordeaux en 1896. Encore mélange-t-il les cas d'appendicite tuberculeuse et ceux de tuberculose iléo-cœcale. L'année suivante paraît la thèse de Born (11) de Berlin, sur l'appendicite tuberculeuse et qui ne renferme absolument que des cas de tuberculose iléo-cœcale. La même année paraît le travail de Letulle et Weinberg (12), qui décrit l'anatomie pathologique des lésions appendiculaires avec une telle précision qu'on n'y a pour ainsi dire rien ajouté depuis. Grâce à ces publica-

---

1. Bouilly. *Bull. Soc. Chir.*, 2 mars 1892, p. 165.
2. Terrier. *Bull. Soc. Chir.*, 17 février 1892, p. 131.
3. Delorme. *Bull. Soc. Chir.*, 30 mars 1892, p. 210.
4. Richelot. *Bull. Soc. Chir.*, 30 mars 1892, p. 238.
5. Reclus, *Bulletin Médical*, 25 juin 1893.
6. Monod. *Bull. Soc. Chir.*, 10 juillet 1895, p. 504.
7. Stearns. *New-York Medical Record*, 1893, p. 25.
8. Sonnenburg. Réun. libre des chirurg. de Berlin, 11 janvier 1897.
9. Karewski. *Pathologie and Therapie des Perityphlis*, 1895.
10. Aynes. Thèse de Bordeaux, 1896.
11. Born. Thèse de Berlin, 1897.
12. Letulle et Weinberg. *Archives des Sciences Médicales de Jonnesco*, sept. et nov. 1897, p. 506.

tions l'appendicite tuberculeuse a conquis officiellement sa place dans la pathologie : Jalaguier (1), dans son article du *Traité de Chirurgie*, lui consacre un chapitre dans l'édition de 1898, alors qu'il n'en parlait pas dans celle de 1892. Talamon (2), Monod et Vanverts (3), Legueu (4), Carl Beck (5) dans leurs travaux sur l'appendicite consacrent tous quelques pages aux lésions tuberculeuses. Les années suivantes paraissent encore de nombreuses observations, Cathelin (6) de Josselin de Jong (7), etc. Mais il faut arriver à 1903 pour trouver l'excellente revue générale de Bouglé (8) qui, en quelques pages, met la question au point avec une remarquable netteté. En même temps paraît, sous l'inspiration de Letulle, la thèse de Lesueur (9) qui traite plus spécialement la partie anatomo-pathologique et statistique. En 1904, la *Riforma Medica* publie un intéressant travail de Natale Palermo (10), et enfin, tout récemment vient de paraître à Philadelphie le livre

---

1. Jalaguier. Article « Appendicite » *In Trait. Chir. Duplay-Reclus*, 1898.
2. Talamon. *Appendicite et Périty phlite*, 1892.
3. Monod et Vanverts. *L'Appendicite*, 1897.
4. Legueu. *De l'Appendicite*. Mai 1897.
5. Carl Beck. *Sammlung Klinisch. Vortræge*, sept. 1898.
6. Cathelin. *Presse Médicale*, 26 juillet 1898, p. 30.
7. De Josselin de Jong. *Rev. Internat. de la Tuberculose*, déc. 1902.
8. Bouglé, *loc. cit.*
9. Lesueur. Thèse de Paris, 1903.
10. Natale Palermo. *Riforma Medica*, 1904, nos 42-43.

de Kelly et Hurdon (1) qui consacre un chapitre très important à l'appendicite tuberculeuse (2). C'est donc une affection tout à fait à l'ordre du jour et nous espérons que ce modeste travail sera de quelque utilité pour ceux que la question intéresse.

---

1. Kelly et Hurdon. *The Vermiform Appendix and its diseases*. Philadelphie, 1903.

2. Nous adressons nos sincères remerciements à notre collègue le Dr Gardner (de New-York), pour l'empressement avec lequel il nous a envoyé des observations et la traduction du livre de Kelly et Hurdon.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

En ce qui concerne l'âge et le sexe des sujets atteints d'appendicite tuberculeuse, il nous semble, d'après les observations que nous avons recueillies, que cette affection soit plus fréquente chez l'homme (42 cas contre 26) et que l'âge moyen auquel elle se développe le plus volontiers chez les deux sexes soit de vingt à quarante ans. Le plus jeune sujet observé avait deux ans, le plus âgé, soixante.

L'appendicite tuberculeuse est relativement assez fréquente, et, dans le relevé des autopsies on en trouve un plus grand nombre qu'on ne le supposerait au premier abord.

Fenwick et Dodwel (1), sur 2.000 autopsies, ont trouvé 27 fois des ulcérations tuberculeuses de l'appendice.

Letulle a publié dans la thèse de Lesueur (2) le résultat de 500 autopsies :

Il a trouvé dans 144 cas, des lésions tuberculeuses de l'appendice, sur lesquelles 132 fois il y avait quelque autre lésion de l'intestin et 12 fois, la tuberculose de l'appendice n'était accompagnée d'aucune autre lésion intestinale.

Enfin Kelly et Hurdon (3) sur 3.700 autopsies ont

1. Fenwick et Dodwell, *Lancet London*, 1892.
2. Lesueur, *loc. cit.*
3. Kelly et Hurdon, *loc. cit.*

noté 44 fois des lésions tuberculeuses de l'appendice et 39 fois il y avait des lésions ulcéreuses.

En réunissant ces trois statistiques, on arrive à une moyenne approximative de 1,3 o/o.

L'appendicite tuberculeuse est très rarement primitive. Letulle dit qu'il n'a jamais observé d'appendicite tuberculeuse sans aucune autre lésion bacillaire en un point quelconque de l'organisme. Il est certain qu'au cours d'une opération, un foyer tuberculeux peut parfaitement passer inaperçu, ce qui fait considérer comme primitive une lésion en réalité secondaire. Toutefois, *a priori*, l'appendicite tuberculeuse primitive peut être considérée comme possible.

Mais quelle est la pathogénie de cette affection ? Pour quelle raison l'infection tuberculeuse vient-elle se localiser de préférence sur cet organe ? Nous ne ferons que citer pour mémoire les explications basées sur la présence de corps étrangers dans le vermium, la compression de l'artère, l'oblitération de l'appendice par coudure, la théorie du *vase clos*, etc. ; nous n'en retiendrons que deux, l'une basée sur la constitution anatomique de l'appendice, l'autre sur sa situation.

La première considère que l'appendice présente des follicules lymphoïdes volumineux, très abondants, séparés par des anfractuosités, et qu'il peut être comparé à l'amygdale pharyngée, à ce point que Sahli (1) a pu parler d'une « angine de l'appendice ».

---

1. Sahli. Voir N. Palermo, *loc. cit.*

« De même que l'amygdale, d'après les études récentes de Baumgarten (1), Hanau (1), Schlenker (3), Kruckmann (4), Ruge (5), constitue une porte d'entrée fréquente du bacille de Koch, de même l'appendice, par la richesse de ses follicules lymphatiques, se prête également bien au développement de la tuberculose (6). Certes si les organes lymphatiques, les ganglions sont le siège préféré de la tuberculose, l'appendice, considéré comme organe lymphatique participera à la loi étiologique générale et sera un des organes d'élection du bacille de Koch. Roux de Lausanne écrit à ce sujet : « La comparaison de l'appendice à l'amygdale, reste ce qui a été dit de plus sensé au point de vue pathogénique, elle explique la pénétration des microbes et leur propagation. Il n'y a pas lieu de chercher plus loin ; en tout cas on n'a pas trouvé mieux. » (7). Le Pr Reclus (8) n'est pas de cet avis ; pour lui tout au contraire, si l'appendice n'est pas plus souvent malade, c'est précisément à sa richesse en tissu lymphatique qu'il le doit, et voici l'hypothèse très séduisante que soutient le Pr Reclus, c'est la théorie de la *stagnation :*

---

1. Baumgarten, *Ub. Tuberk.* Berlin, 1885, Th. I.
2. Hanau. Voir N. Palermo.
3. Schlenker, *id.*
4. Kruckmann, *id.*
5. Ruge, *id.*
6. Natale Palermo, *loc. cit.*
7. Roux, *loc. cit.*
8. Reclus, *Presse Méd.*, 8 juillet 1905, n° 54, p. 425.

L'auteur considère que l'appendice représente « un trajet canaliculé d'une étroitesse extrême et dont la longueur peut être considérable », qu'il forme un cœcum s'insérant lui-même sur un cœcum, de telle sorte que toutes les matières qui y entrent auront la plus grande difficulté à en sortir. Ces matières sont en dehors du courant intestinal, elles *stagnent* et cette « stagnation des substances organiques est des plus propices à la pullulation des germes. » « Une fois la muqueuse atteinte, on comprend comment ces ulcérations auront peu de tendance à la guérison, toujours baignées qu'elles sont par le bouillon de culture des matières organiques sécrétées. »

Et le Pr Reclus ajoute : « Aussi ai-je pu comparer l'appendice enflammé à une *fistule borgne interne*, qu'une opération seule a quelque chance de guérir. » En exposant cette hypothèse, le Pr Reclus n'avait en vue que d'expliquer la pathogénie de l'appendicite banale, mais cette même théorie peut être appliquée au bacille de Koch. Natale Palermo (1) a d'ailleurs pu écrire : « Les recherches bien conduites de Strauss, Sormani, Baumgarten et autres, ont confirmé que la majeure partie des microbes ingérés... sont rapidement emportés avec les matières fécales, *tout en subissant de notables arrêts aux angles de flexion du gros intestin et spécialement dans la région appendiculo-*

1. Natale Palermo, *loc. cit.*

cœcale. » Ainsi donc le bacille de Koch une fois parvenu dans l'appendice, stagne dans ce « cœcum de cœcum, ce cul-de-sac de cul-de-sac ». Il est soustrait au nettoyage mécanique qui se produit dans tout canal par où s'écoule un liquide quelconque, que conduit soit le cholédoque, l'uretère ou l'intestin. Le microbe se développe ainsi tout à son aise. Qu'une crise quelconque survienne maintenant qui affaiblisse la défense phagocytaire des parois, le bacille spécifique pourra les envahir alors et accomplir son œuvre de destruction.

En dehors de ces deux principales causes prédisposantes, la richesse de l'appendice en tissu lymphoïde, la stagnation des matières, il y en a d'autres. Jalaguier pense que des appendicites banales antérieures, se produisant chez des sujets prédisposés à la tuberculose, seraient le point d'appel pour la localisation du bacille de Koch. Autrement dit, l'appendicite tuberculeuse se rencontrerait plus fréquemment chez des sujets délicats, candidats à la tuberculose lors de leur première crise d'appendicite. Le Dr Letulle a rapporté l'examen microscopique (1) d'un appendice avec coexistence des lésions d'appendicite chronique banale et de follicules tuberculeux, ce qui viendrait à l'appui de cette théorie.

D'autres auteurs, Cornil, Richelot, Delagénière renversent les termes de la proposition. Pour eux, la tuberculose préparerait seulement la voie aux infec-

1. Letulle. *Rev. de la Tub.* 2e série. T. II, 1905.

tions banales, en créant des lésions primitives peu bruyantes et en altérant la vitalité des parois. Le *bacterium coli* viendrait alors se greffer au *locus minoris resistentiæ*, occasionnant les accidents à grand fracas de l'appendicite ordinaire et masquant ainsi l'origine tuberculeuse de l'affection.

Cette théorie repose sur des faits certains, une inflammation banale peut se développer sur des lésions tuberculeuses de l'appendice, nous en avons vu une très belle préparation dans le laboratoire de M. Letulle. Mais il ne faut pas trop généraliser et si ces faits sont possibles, nous les croyons fort rares.

Voyons maintenant par quelle voie le bacille de Koch est amené dans l'appendice. Lorsqu'il existe déjà des ulcérations tuberculeuses étendues de l'intestin, l'extension des lésions à l'appendice se conçoit aisément. Mais le plus souvent, le bacille pénètre dans l'intestin soit par des aliments tuberculeux, soit par la déglutition des crachats chez des sujets atteints de lésions pulmonaires ou laryngées.

Une fois le bacille dans le vermium, si ce dernier se trouve dans des conditions favorables d'inoculation, qu'il y ait une plaie de la muqueuse par exemple, le bacille pénètre par cette brèche dans la sous-muqueuse et va s'y développer. Cette plaie de la muqueuse n'est même pas nécessaire.

Gerlach (1), Villemin (2), Chauveau (3), Cornil (4),

1. Gerlach. Voir *Natale Palermo, loc. cit.*
2. Villemin. *Etudes sur la Tub.*, 1869.
3. Chauveau. Voir *Natale Palermo, loc. cit.*
4. Cornil. Voir *Natale Palermo, loc. cit.*

ont prouvé que le bacille pouvait s'introduire dans l'épaisseur de l'intestin avec un épithélium sain, en pénétrant entre deux cellules.

Letulle et Weinberg (1) admettent que la tuberculose de l'appendice débute ordinairement par la muqueuse, qui est l'origine apparente de l'infection. C'est en effet la voie d'entrée la plus fréquente.

Une tuberculose péritonéale développée dans le voisinage peut se propager à l'appendice par *voie lymphatique*. Des lésions phymateuses des annexes droites peuvent également se propager par l'intermédiaire du ligament qui unit l'appendice à l'ovaire ; mais ce mode d'infection est rare.

De même pour l'inoculation par *voie sanguine*. A ce point de vue, il est intéressant de rappeler les expériences de Charrin et Gouget (2). « Des injections intra-veineuses de culture de strepto-bacille ont provoqué une pseudo-tuberculose localisée sur le foie, la rate, *l'appendice* et les ganglions mésentériques. Cette *localisation élective* sur l'appendice est fort intéressante car elle nous permet, jusqu'à plus ample informé, d'admettre l'appendicite tuberculeuse par infection sanguine. »

Une fois l'ennemi dans la place, il va provoquer des lésions que nous allons maintenant étudier.

---

1. Letulle et Weinberg, *loc. cit.*
2. Charrin et Gouget. *Bull. Soc. biol.*, 3 avril 1897.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'aspect macroscopique de l'appendice tuberculeux nous permet de classer les lésions en quatre groupes :

Nodule tuberculeux,

Ulcération,

Hypertrophie,

Dilatation kystique.

Ce sont les quatre modes de réaction de l'appendice en face de l'infection tuberculeuse. « Des toxines virulentes donnent lieu à la nécrose et aux ulcérations, tandis qu'une toxine atténuée ou faible amènerait la prolifération et la phagocytose » (Mallory-Crowder) (1). Autrement dit, dans certains cas le bacille de Koch « édifie », dans d'autres, il « détruit ».

Nodules tuberculeux (2). — Dans cette forme, à l'œil nu, l'aspect de l'appendice est extrêmement variable,

---

1. V. Kelly et Hurdon, *loc. cit.*

2. Nous éliminons bien entendu les granulations qui sont dues à la simple participation de la séreuse à une miliaire péritonéale généralisée.

il peut d'abord sembler absolument normal, et il faut un examen microscopique minutieux pour découvrir les follicules spécifiques. Tantôt il est parsemé de granulations tuberculeuses qui permettent de poser immédiatement le diagnostic ; tantôt, enfin, il est ratatiné, atrophié, scléreux, coudé.

On incise l'organe et on voit un ou plusieurs follicules faisant saillie au-dessus de la muqueuse, sous forme d'une petite granulation grisâtre semi-transparente. A un stade plus avancé, on a affaire à un petit tubercule sous-muqueux, plus ou moins envahi par la caséification. Parfois la lésion se révèle seulement par une simple tache blanchâtre de la muqueuse dont l'examen histologique peut seul fixer la véritable nature. Quelquefois, ces lésions sous-muqueuses atteignent des dimensions bien plus considérables (1) et l'on trouve de gros tubercules caséeux en un point quelconque de l'organe ou à son extrémité libre. Ces foyers peuvent même se ramollir et donnent lieu à de véritables abcès froids sous-muqueux.

Le microscope, dans cette forme, nous montre que les lésions siègent quelquefois sous la séreuse, mais le plus souvent dans les follicules lymphatiques sous-muqueux. Ce sont des granulations tubercu-

---

1. Si ce gros tubercule siège au niveau de la valvule de Gerlach, il peut créer une lésion bien curieuse : il forme une sorte de soulèvement arrondi, nummulaire de la muqueuse oblitérant complètement l'orifice de l'appendice.

leuses ; formées d'ordinaire aux dépens des follicules lymphatiques et constituées comme tous les nodules tuberculeux, on y trouve des cellules géantes et épithélioïdes. Si la maladie continue à évoluer, les follicules se ramollissent, se vident dans la cavité appendiculaire et une *ulcération* est constituée. Celle-ci peut coexister avec des granulations jeunes, non caséifiées.

Ulcérations. — Les ulcérations siègent en un point quelconque de la cavité, leur localisation la plus commune nous paraît être soit l'extrémité inférieure, soit l'orifice d'entrée de l'appendice. « Leur nombre est très variable, on en compte une seule isolée, au milieu de la cavité par exemple, ou bien la muqueuse en est criblée, et les pertes de substance sont si rapprochées, si confluentes qu'on dirait un vaste ulcère unique, à bords serpigineux » (1). La forme des ulcérations bacillaires est aussi des plus irrégulières.

Solitaire, l'ulcère tuberculeux est souvent à peu près arrondi, large comme un pois, une lentille, d'aucuns sont cylindriques et font régulièrement le tour du canal, sur une hauteur très variable. Maintes fois alors, l'organe entier est très raccourci, comme rétracté.

« Les bords de l'ulcération taillés à pic soit boursouflés, soit aplatis, sont toujours pâles et plutôt durs que ramollis. Le fond est uni (ou du moins non

---

1. Letulle et Weinberg, *loc. cit.*

végétant), grisâtre, pulpeux. Il demeure à plat, également réparti ou au contraire, s'enfonce profondément en quelque point. C'est qu'en effet la muqueuse évacuée a laissé place à la sous-muqueuse, laquelle, à son tour, se trouve envahie par le processus de caséification. Peu à peu, ou bien la plaie atonique demeure de la sorte enchâssée contre le fond de la sous-muqueuse ou bien elle désagrège successivement la musculature interne, puis l'externe et la sous-séreuse reste la dernière protection contre les infiltrations bacillaires » (1).

Au microscope, les lésions apparaissent surtout accentuées dans la couche profonde de la muqueuse et de la sous-muqueuse. L'épithélium est détruit sur une grande étendue, la surface de la muqueuse a disparu en de nombreux points, les follicules lymphatiques sont désagrégés. C'est vers la sous-muqueuse que l'on observe le maximum de lésions : on y trouve des « blocs caséeux ou des follicules tuberculeux riches en cellules géantes ou en bacilles de Koch ». On trouve également des caillots d'endartérite et d'endophlébite, les caillots renferment de nombreux bacilles.

Les lésions gagnent la surface de la couche musculaire en suivant à travers elle les espaces interstitiels et les voies lymphatiques. Une véritable myosite interstitielle bacillaire, scléreuse et caséeuse se développe et cela sans épaississement notable des parois.

---

1. Letulle et Weinberg, *loc. cit.*

On voit très bien sur les coupes ces « fusées » de bacilles s'insinuant entre les groupes de fibres musculaires pour gagner la sous-séreuse. « Cette marche centrifuge des colonies bacillaires révèle leur origine lymphatique et explique la grande facilité des perforations quand la séreuse vient à se caséifier à son tour. » Les *perforations* sont en effet une des complications les plus fréquentes de la forme ulcéreuse, entraînant soit une péritonite généralisée et la mort, soit une péritonite enkystée et une fistule pyostercorale. Nous en reparlerons plus loin.

Le processus de caséification et d'ulcération, lorsqu'il évolue vers la cicatrisation, amène assez souvent l'atrophie et la rétraction de l'appendice. « Celui-ci, transformé en moignon fibreux, dévié, s'est accolé à une partie quelconque du cœcum, de la paroi, ou de la fin de l'iléon », formant un relief bizarre et quelquefois très difficile à identifier au cours d'une opération.

Hypertrophie. — Cette forme plus rare que la précédente est encore assez fréquente. L'appendice est augmenté de volume, soit dans une de ses portions, soit le plus souvent en totalité. Il peut atteindre un volume considérable, celui du pouce, de deux ou trois doigts, et même faire penser un instant à l'intestin grêle. Il est dur, fibreux, blanc grisâtre et lardacé, il s'insère par une large base sur le cœcum, est formé de tissu friable qui se coupe sous le fil et rend souvent la suture délicate. En ouvrant le vermium, on constate que la cavité appendiculaire est très réduite, elle

peut même être rendue virtuelle par bourgeonnement de la muqueuse. Toutes les tuniques sont épaissies et méconnaissables, elles renferment quelquefois dans leur épaisseur des masses caséeuses ou de véritables abcès tuberculeux qu'il est parfois difficile de distinguer des kystes de l'appendice. La muqueuse est épaissie, congestionnée, elle présente dans certains cas des ulcérations ou des granulations. Enfin dans l'observation de Rotigans, le face interne de l'appendice était tapissée de petites tumeurs plus ou moins saillantes, d'apparence papillomateuse, de couleur rouge foncé, se détachant sur la coloration grise du fond. Le méso, lui aussi, est souvent lardacé, épaissi et peut renfermer des ganglions tuberculeux.

L'examen microscopique montre surtout une sclérose diffuse péritubercuIeuse, au milieu de laquelle toutes les couches constituantes de l'organe se déforment, le revêtement épithélial et les glandes en tube peuvent avoir complètement disparu en certains points. En revanche, la musculeuse est fortement épaissie, non seulement par prolifération vraie des cellules lisses, mais surtout, grâce à la dissociation de leurs faisceaux par du tissu compact de nouvelle formation, parcouru par des vaisseaux jeunes. La séreuse et principalement la sous-séreuse sont de même très épaissies par du tissu conjonctif de nouvelle formation (cellules étoilées et anastomosées, etc.), on peut aussi trouver dans la sous-séreuse des dépôts fibro-lipomateux. Ces tissus sont par-

fois considérablement hyperhémiés, on y rencontre d'énormes dilatations artérielles ou veineuses qui se continuent dans le méso.

Au milieu des travées conjonctives, on observe souvent une énorme prolifération d'éléments embryonnaires, dans lesquels se trouvent noyés quelques follicules tuberculeux, à transformation caséeuse limitée, pauvres en bacilles (1) et en cellules géantes. Cette rareté relative des éléments caractéristiques de l'infection tuberculeuse, ainsi que ce processus de sclérose proliférante généralisée, sont les traits distinctifs de cette forme de l'appendicite tuberculeuse.

Elles rendent parfois le diagnostic difficile avec le sarcome, même au microscope, et expliquent les erreurs que les meilleurs anatomo-pathologistes ont pu commettre.

Dilatation kystique. — C'est la forme de beaucoup la plus rare, nous n'avons pu en réunir qu'un seul cas et en général elle n'est pas signalée par les auteurs (2).

Kelly et Hurdon (3), dont l'ouvrage est le plus récent, n'en font pas mention.

La description que nous donnons de l'appendice kystique repose sur trop peu de cas pour pouvoir

---

1. Les bacilles sont peut-être seulement très difficiles à colorer.

2. M. Letulle a eu l'occasion d'examiner plusieurs pièces, mais il n'a pu retrouver les observations.

3. Kelly et Hurdon, *loc. cit.*

être définitive, mais elle donnera une idée de l'état actuel de la question et orientera peut-être les recherches des anatomo-pathologistes sur la nature réelle des appendicites kystiques.

L'appendice kystique est plus gros que l'organe normal, il peut atteindre le volume du pouce. Sa paroi est si mince qu'elle permet de voir la transparence du liquide, et qu'elle se rompt avec la plus grande facilité. En général, il n'y a pas d'adhérences.

Le vermium est régulièrement cylindrique et le développement de la poche se fait suivant l'axe de l'appendice, le kyste est bien centré par rapport à la cavité. Quand on ouvre l'organe, on est tout d'abord frappé par l'excessive minceur de la paroi qui n'a guère plus de 1 millimètre d'épaisseur. La face interne peut présenter des ulcérations, la paroi est alors réduite en ce point, à la minceur d'une feuille de papier à cigarette. Cette ulcération, dans notre observation, était large comme une pièce de 1 franc, à bords violacés ecchymotiques, flottants et dont le fond était constitué par la seule séreuse, elle s'est d'ailleurs rompue au cours de l'opération.

Le liquide contenu sous une notable tension peut être tantôt clair, citrin ; tantôt louche, lactescent, muco-purulent, tantôt enfin semblable à du pus d'abcès froid.

Cet amincissement de la paroi n'est pas dû à un travail ulcératif généralisé, mais à une inflammation chronique combinée à la pression excentrique exercée par le développement du liquide.

Le microscope montre qu'il s'agit d'une atrophie totale des tuniques de l'appendice ; ce qui le démontre, c'est qu'on les retrouve toutes, mais réduites à presque rien. L'épithélium de la muqueuse est partout conservé, mais les cellules sont absolument aplaties. Le chorion est atrophié, de même les glandes en tubes qui sont raccourcies et déviées obliquement, elles sont inclinées, couchées presque parallèlement à la muqueuse. Une pareille obliquité peut être considérée comme caractéristique de l'ectasie kystique.

Les follicules sont rares, ils semblent eux-mêmes écrasés latéralement, c'est à leur niveau qu'il faut chercher les petits foyers caséeux, les rares cellules géantes qui permettent de diagnostiquer l'origine tuberculeuse de la lésion.

La sous-muqueuse, la musculeuse et même la séreuse sont considérablement atrophiées et réduites à presque rien. Les vaisseaux eux-mêmes ont subi une diminution considérable et la plupart sont difficilement reconnaissables. Quant au liquide kystique, dans notre cas, l'examen bactériologique n'a pu être fait, mais il doit être vraisemblablement des plus toxiques. En effet, quelques gouttes étant tombées sur la plaie au cours de l'intervention, il en est résulté une ulcération superficielle, d'aspect nettement tuberculeux et qu'il a été très difficile de guérir.

Tels sont donc les quatre aspects sous lesquels se présente l'appendice tuberculeux au point de

vue anatomo-pathologique : *granulation*, *ulcération*, *hypertrophie*, *dilatation kystique*. En réalité, cette division n'est pas tout à fait aussi schématique ; la granulation par exemple, et surtout l'ulcération peuvent se rencontrer dans un appendice hypertrophié ou kystique. Mais nous avons adopté cette division qui est très suffisamment exacte en pratique et dont la simplicité facilite beaucoup la description.

Disons encore que l'*adénopathie* du méso-appendice se rencontre dans ces quatre formes avec une fréquence encore plus grande que dans l'appendicite ordinaire. L'envahissement tuberculeux se propage ensuite soit vers les ganglions mésentériques, soit vers les ganglions méso-coliques, quelquefois vers les ganglions iliaques (1). Enfin il y a des cas où *les ganglions peuvent être pris sans que l'appendice semble être tuberculeux*. Cliniquement, le sujet se présente avec *tous les symptômes d'une appendicite*.

On opère et on trouve un appendice peu ou pas malade, mais avec des ganglions énormes, indurés, caséifiés ou même déjà ramollis et d'aspect tuberculeux.

Le microscope ne nous montre que des lésions de folliculite banale au niveau de l'appendice, quelquefois on y découvre difficilement un petit follicule tuberculeux. En tous cas, les lésions y sont fort discrètes, tandis qu'elles atteignent leur maximum au

1. Pilliet et Thierry. *Progrès Médical*, 24 novembre 1894.

niveau des ganglions, où l'on trouve des follicules tuberculeux, des cellules géantes et même des bacilles. On peut admettre qu'il y a des adénopathies péri-appendiculaires qui deviennent la lésion principale, tandis que la lésion appendiculaire qui en est l'origine, s'est immobilisée dans son évolution (1).

Cette forme ganglionnaire se rencontre plutôt chez l'enfant, elle ne semble pas très fréquente et nous n'avons pu en réunir que six cas.

Afin de ne pas embrouiller notre description, nous avons rejeté à la fin de ce chapitre les lésions qui résultent de l'évolution du processus ulcératif, que celui-ci se développe sur un appendice atrophié, hypertrophié ou kystique.

Lorsque l'*ulcération* arrive à son terme ultime de destruction des parois appendiculaires, il se produit une *perforation*.

Dans un premier cas, le péritoine réagit mal, soit que l'évolution du processus ait été trop rapide et ait en quelque sorte « surpris » la séreuse, soit pour toute autre raison. En tous cas, il ne se forme pas d'adhérences protectrices, l'évacuation du foyer bacillaire, du contenu de l'appendice et des matières

---

1. L'histoire des adénopathies scrofulo-tuberculeuses cervicales et médiastinales nous fournit des exemples semblables ainsi que certaines végétations adénoïdes, certaines lésions amygdaliennes étudiées par le professeur Dieulafoy sous le nom de *tuberculose larvée des amygdales*. Il y aurait dans le cas qui nous occupe une *tuberculose larvée de l'appendice*.

se fait brusquement, il en résulte une *péritonite suraiguë rapidement mortelle*. Nous avons vu que c'était ce phénomène à grand fracas qui seul avait attiré l'attention des anciens auteurs sur l'appendicite tuberculeuse. Il est juste de dire que cette complication est rare, nous n'en avons réuni que quatre observations.

Le plus souvent, en effet, la marche de l'ulcération fut assez lente pour donner au péritoine le temps de réagir, des adhérences protectrices se sont formées.

Lorsque la rupture se produit, l'issue des produits septiques est rapidement arrêtée par les néo-membranes, elle provoque seulement une *péritonite enkystée*, un véritable abcès froid dans lequel flotte l'appendice perforé. Ces abcès sont tantôt limités à la région appendiculo-cœcale, tantôt ils occupent toute la fosse iliaque, ils peuvent même passer sous l'arcade de Fallope et venir faire saillie dans le triangle de Scarpa (Roux). D'autres fois, ils occupent la région lombaire et les fistules s'ouvrent de ce côté (Cathelin), ou bien encore ils peuvent fuser vers la fosse ischio-rectale et se manifester par des fistules péri-anales (Terrier).

On a vu ces abcès se rompre secondairement dans le péritoine et donner lieu alors à une péritonite aiguë généralisée. Quelquefois cette ouverture se fait dans un viscère voisin, intestin grêle, cœcum, rectum, en donnant naissance à une fistule appendiculo-intestinale. Dans la grande majorité des cas, l'abcès s'ouvre à la peau dans la région vers laquelle

il s'est développé et il se forme une ou plusieurs fistules. Ces fistules sont l'aboutissant naturel de toute appendicite tuberculeuse non traitée, et il nous a été facile d'en réunir dix-huit cas. C'est l'aspect clinique sous lequel se révèle fréquemment toute appendicite tuberculeuse un peu ancienne.

Les bords de ces fistules sont violacés, décollés, les parois sont fongueuses et le microscope y décèle des lésions bacillaires caractéristiques. Elles laissent écouler soit seulement du pus, riche en bacilles de Koch (1), soit du pus et des matières fécales.

Ainsi donc et pour nous résumer, voici les stades qui peuvent se succéder dans l'évolution d'une appendicite tuberculeuse :

1° *Granulation ;*

2° *Ulcération ;*

3° *Perforation :*

α) *Sans* adhérences et péritonite aiguë généralisée ;

β) *Avec* adhérences et alors *péritonite localisée*, *abcès froid*, puis *fistule pyo-stercorale.*

---

1. Terrier, *loc. cit.*

ÉTUDE CLINIQUE

L'appendicite tuberculeuse se présente en clinique sous deux aspects très différents suivant la période de son évolution en face de laquelle on se trouve. Si la maladie est à son début, elle se présente sous l'apparence d'une appendicite banale d'allure subaiguë le plus souvent. Si, au contraire, la maladie évolue depuis longtemps, on se trouve en présence de la complication qui est l'aboutissant presque fatal de l'appendicite tuberculeuse : la fistule pyo-stercorale.

Nous avons donc réuni nos observations en deux groupes : 1° L'un qui renferme les crises d'appendicites, subdivisées en *granuleuse*, *ulcéreuse*, *hypertrophique*, *kystique* ou *ganglionnaire ;* subdivisions valables seulement au point de vue anatomo-pathologique, car au point de vue clinique ces différentes modalités se comportent à peu près de même ;

2° L'autre qui comprend tous les cas d'appendicite tuberculeuse à la période de *fistule pyo-stercorale*, et combien y a-t-il de malades qui ne viennent se faire examiner que lorsqu'ils en sont à ce point !

Disons tout de suite pour n'y plus revenir qu'il y a des cas dans lesquels l'appendicite tuberculeuse

passe absolument inaperçue, c'est une *trouvaille d'autopsie*, les cas sont très rares, nous n'en avons trouvé que trois.

Dans sa première période, l'appendicite tuberculeuse peut avoir une évolution soit aiguë ou subaiguë, soit chronique et c'est la plus fréquente. *Dans la forme aiguë*, les symptômes sont à peu près les mêmes que ceux de l'appendicite vulgaire. Même brusquerie du début, même localisation de la douleur d'abord dans la fosse iliaque droite, puis irradiée à tout l'abdomen avec prédominance fréquente autour de l'ombilic et même à l'épigastre. Il y a des vomissements d'abord bilieux, puis porracés, tantôt de la constipation, tantôt de la *diarrhée*, et ce dernier signe est presque une caractéristique de l'appendicite tuberculeuse. Malheureusement sa présence n'est pas constante. Le facies se grippe, la langue se sèche, le pouls s'accélère, la température monte. Bref, *sauf la diarrhée*, c'est le tableau classique de l'appendicite banale. Cette crise peut aboutir à la perforation, mais le plus souvent elle se calme pour reparaître quelque temps après et finalement passer à l'état chronique ou aboutir à une complication, si elle n'est pas traitée chirurgicalement.

La forme la plus fréquente est une crise atténuée, *chronique d'emblée*. Les récidives sont très fréquentes, c'est la caractéristique de cette appendicite et « Lasègue disait déjà, paraît-il, que la pérityphlite à répétition devait éveiller l'idée de tuberculose » (1).

1. Richelot, *loc. cit.*

Il n'est pas rare de compter sept ou huit attaques avant que le sujet se décide à se faire opérer et la gravité d'une première attaque ne permet pas de pronostiquer la gravité des suivantes. Dans l'intervalle des crises, le malade ne se rétablit pas complètement, l'appendicite ne *refroidit* pas entièrement.

Dans cette forme, la température monte peu, la réaction péritonéale est moins vive, la crise inflammatoire dans son ensemble est moins bruyante, mais quelquefois elle dure plus que dans l'appendicite simple. De la diarrhée ou des alternatives de constipation et de diarrhée peuvent fréquemment remplacer la constipation, de règle dans l'appendicite banale. Cette diarrhée a été signalée vingt-quatre fois dans les observations que nous avons recueillies.

Enfin un malade du professeur Terrier a présenté des *selles sanglantes*, symptôme que nous n'avons pas retrouvé dans les autres cas.

A cette période, la palpation de la fosse iliaque peut ne revéler la présence d'aucune tumeur, mais il persiste souvent une induration douloureuse à la pression et on sent parfois une masse plus ou moins volumineuse dans le flanc droit (1). Enfin, s'il existe un abcès enkysté, on perçoit une collection

---

1. Cet examen doit être pratiqué avec une grande prudence, car des manœuvres un peu prolongées ont amené quelquefois une aggravation des symptômes.

liquide saillante, mate à la percussion et plus ou moins fluctuante. Si l'affection est abandonnée à elle-même, l'abcès vient s'ouvrir à l'extérieur et la *fistule pyo-stercorale* est constituée.

A cette seconde période, on voit dans la fosse iliaque droite ou en un autre point (région lombaire, triangle de Scarpa, etc.), un ou plusieurs orifices à bords violacés, atones, décollés, sans tendance à la cicatrisation. Ces orifices laissent écouler parfois seulement du pus, le plus souvent du pus et des matières liquides, parfois même en telle quantité que la fonction intestinale se fait tout entière par là, constituant ainsi un véritable anus cœcal spontané. Ces fistules sont interminables, il faut pour les guérir mettre à contribution toute la patience et l'habilité du chirurgien.

L'état général qui, dans la première période est assez satisfaisant, peut devenir très inquiétant dans cette seconde phase. Le malade épuisé par cette abondante suppuration, par cet écoulement diarrhéique continuel, est exposé à une cachexie rapide avec dégénérescence amyloïde. Les lésions pulmonaires apparaissent ou se réveillent et peuvent rapidement emporter le sujet, à moins qu'il ne succombe à une *complication*.

COMPLICATIONS

L'évolution de l'appendicite tuberculeuse, telle que nous venons de la décrire, peut en effet être interrompue ou modifiée par l'apparition de complications.

La majorité des auteurs range dans ce groupe les *perforations* suivies d'abcès et de fistules. La fréquence de cet accident est telle que nous l'avons fait rentrer dans l'évolution naturelle de la maladie. Nous l'avons déjà décrit avec les signes cliniques, et nous n'y reviendrons pas. Disons simplement que l'on a vu la perforation se produire comme *complication post-opératoire*. Elle reconnaît alors pour cause une destrution du moignon insuffisamment enfoui, ou une ulcération placée à la base de l'appendice, son siège de prédilection, et qui n'a pas été enlevée en totalité.

D'autre part, des microbes banaux peuvent se greffer sur un appendice déjà atteint de bacillose. Il éclate alors une crise d'appendicite aiguë au cours d'une évolution torpide et, dans certains cas, cette complication peut amener une nécrose avec perfora-

tion rapide de l'appendice. Pilliet (1) en cite un cas opéré *in extremis* par Walther. L'autopsie a montré que les accidents étaient dus à la perforation septique d'un appendice tuberculeux.

Un autre groupe de complications est constitué par l'extension du processus phymateux aux *organes voisins de l'appendice* et en particulier au *cœcum*.

En présence d'un cas de tuberculose iléo-cœcale, la majorité des auteurs considère la lésion cœcale comme primitive, la lésion appendiculaire comme secondaire, c'est la théorie classique (Talamon (2), Monod et Vanverts (3), etc.). Telle n'est pas l'opinion de Natale Palermo (4). Pour lui, la lésion diffuse de l'appendice vers le cœcum, et il s'appuie sur ce fait anatomo-pathologique, que « c'est le tissu atteint le premier de tuberculose qui présente les lésions les plus avancées » ; l'appendice qui représente le premier foyer infecté, subit d'abord la phase régressive de caséification et de destruction. Palermo, sur sept observations de tuberculose iléo-cœcale qu'il rapporte et étudie en détail, n'a plus trouvé d'appendice dans quatre cas. « L'invasion, dit-il, avait certainement débuté par cet organe et il était déjà détruit lorsque l'attention fut attirée par les lésions cœcales. » Et plus loin : « De même que la majeure partie

---

1. Pilliet, *loc. cit.*
2. Talamon, *loc. cit.*
3. Monod et Vanverts, *loc. cit.*
4. Natale Palermo, *loc. cit.*

des périty phlites reconnaît à l'origine une lésion de l'appendice, de même les infections chroniques tuberculeuses du cœcum seraient secondaires à une lésion bacillaire de l'appendice. » Pour vérifier cette hypothèse, nous avons relevé l'état de l'appendice dans toutes les observations de tuberculose iléo-cœcale que nous ayions trouvées. Il en résulte que dans 60 o/o des cas l'appendice était en effet très malade ou même détruit ; dans 40 o/o l'appendice était sain ou il n'en est pas fait mention. D'ailleurs, Billroth (1) citant plusieurs cas de résection iléo-cœcale, fait cette remarque : « l'appendice a disparu », le fait est très souvent relevé dans les observations de tuberculose iléo-cœcale, l'opérateur note que l'appendice fut introuvable, ou tout au moins qu'il portait des lésions destructives étendues. Enfin dans le fait que le Dr Brunswick le Bihan a bien voulu nous adresser nous lisons ceci : « A l'autopsie on trouve une tuberculose iléo-cœcale, consécutive probablement aux lésions de l'appendice que j'avais enlevé quelques mois auparavant. » C'est aussi l'opinion de Routier qui, rapportant un cas d'appendicite tuberculeuse avec certainement une lésion de la valvule et guéri après ablation de l'appendice et de quelques ganglions, ajoute : « On peut dire que, si on avait laissé évoluer la maladie et si le malade avait pu en faire les frais, il aurait eu probablement plus

---

1. Billroth. V. Lance, *loc. cit.*

tard une tuberculose iléo-cœcale de la nature de celles que nous réséquons (1).

De tout cela il ne faudrait pas conclure, comme N. Palermo le laisse entendre, que toute tuberculose iléo-cœcale soit consécutive à une appendicite bacillaire qui aurait évolué en silence, mais seulement que, dans un certain nombre de cas, le poumon tuberculeux, après avoir détruit l'appendice, envahirait le cœcum. C'est d'ailleurs là une complication très sérieuse, car cette extension vient singulièrement aggraver l'opération : on ne fait pas une résection iléo-cœcale, comme une simple appendicectomie. L'intervention est plus longue, plus laborieuse et le pronostic en est assombri.

Citons encore comme complication la *péritonite tuberculeuse*, non pas la péritonite enkystée que nous avons vu se produire à la suite d'une perforation, mais la péritonite bacillaire classique, ascitique ou ulcéro-caséeuse. L'infection se produit sans doute par les lymphatiques ; les bacilles gagnent la sous-séreuse où ils se fixent et par laquelle se développe l'infection. On s'accorde aujourd'hui à voir dans l'intestin un des foyers primitifs, sinon le seul de la péritonite tuberculeuse. Ce fait, discuté par Spillmann (2), vient d'être mis en évidence par Kœnig (3). Cet auteur, ayant trouvé des lésions intestinales

---

1. Routier. *Bull. Soc. Chir.*, 5 juillet 1905, p. 659.
2. Spillmann, *loc. cit.*
3. Kœnig. Voir Lance, *loc cit.*

dans 80 cas sur 107 de péritonite tuberculeuse, ce qui constitue l'énorme proportion de 74 0/0, n'hésite pas à conclure que, dans la majorité des cas, la tuberculose péritonéale est consécutive à une lésion circonscrite de l'intestin. L'appendice atteint de tuberculose, se trouve dans les meilleures conditions pour propager au péritoine les lésions qu'il porte, occasionnant ainsi une complication qui, sans être très fréquente, vaut la peine d'être signalée.

De même pour la propagation de la tuberculose à l'ovaire et à la trompe droite, propagation qui se fait par le ligament unissant l'ovaire à l'appendice (obs. de Kraus).

Les ganglions lymphatiques péricœcaux peuvent également être envahis, ainsi que l'épiploon, ce dernier par l'intermédiaire d'adhérences avec l'appendice (Demons). Enfin peut-être serait-il possible d'observer l'invagination aiguë ou chronique du gros intestin au cours de l'appendicite tuberculeuse, mais nous n'en avons relevé aucun cas.

A côté de ces complications *locales*, il nous faut placer celles qui sont *d'ordre général* et frappent en particulier l'appareil respiratoire. Au cours d'une appendicite bacillaire, il n'est pas rare de voir apparaître des lésions pulmonaires qui existaient déjà peut-être avant, mais qui passaient inaperçues : poussées de granulie, congestion pulmonaire, pleurésie, etc. C'est quelquefois à la suite de l'opération que ces accidents se déclarent. C'est ce qui se produisit dans le cas de Bouglé, où, dans les jours qui

suivirent l'intervention, on assista à des complications pulmonaires très graves, il y eut une poussée de phtisie aiguë qui mit la vie du malade en danger. De tels *accidents post-opératoires* ont été rapportés dans d'autres observations. Le malade de Demons eut une hémoptysie le lendemain de l'intervention ; Bouilly, Siredey, Jalaguier (1) rapportent des cas semblables.

Le poumon n'est pas le seul organe qui puisse présenter des localisations de l'infection tuberculeuse, on a observé la méningite, l'orchite (Crowder), l'adénite cervicale (Ricard). Toutes ces complications viennent encore assombrir le pronostic et préoccuper le chirurgien au sujet des indications opératoires, ainsi que de l'opportunité d'une intervention. Nous y reviendrons plus loin.

---

1. Voir les observations à la fin.

MARCHE. — PRONOSTIC

Telle est la *marche* de l'appendicite tuberculeuse ; sa *durée* est très variable, suivant le traitement choisi et la période à laquelle il est appliqué. Une appendicite bacillaire, opérée à sa première ou seconde crise, a les plus grandes chances de guérir simplement en quelques semaines. La même affection, abandonnée à elle-même et en arrivant à la période fistuleuse, peut traîner des années, quand elle n'emporte pas le sujet dans un délai plus court. Entre ces deux extrêmes, il y a place pour tous les intermédiaires. — Le plus souvent la durée de la maladie est assez longue, car les crises sont rapprochées, et l'appendicite n'ayant pas le temps de refroidir complètement dans l'intervalle, on perd souvent un temps précieux en attendant une période de calme suffisant.

Le chiffre de la *mortalité* est assez élevé, il est de 41,4 o/o d'après nos observations ; mais, lorsqu'on étudie le détail des cas publiés, on voit que ce chiffre est très variable suivant la forme d'appendicite à laquelle on a affaire, ainsi que l'on peut s'en rendre compte par le tableau ci-joint :

Forme d'appendicite	Nombre d'observ.	Guérisons	Douteux Résultat inconnu	Morts
Granulation.....	11	10	1	0
Kyste	1	0	0	1
Adénite.....	7	6	0	1
Hypertrophie	14	10	1	3
Ulcération	9	2	2	5
Péritonite généralisée.....	4	0	0	4
Péritonite localisée.	6	3	0	3
Fistules pyo-stercorales	18	6	0	12

La forme la plus bénigne est dans la granulation, puisque tous les opérés ont guéri. Cela tient à ce que c'est la forme du début, les lésions n'ont pu encore occasionner de désordres graves et guérissent facilement. C'est une raison de plus pour opérer rapidement les appendicites tuberculeuses.

La forme hypertrophique et *celle à prédominance ganglionnaire* sont encore des formes atténuées dans lesquelles l'opération donne de bons résultats, puisque dans l'une sur quatorze cas elle donne dix guérisons et dans l'autre six sur sept.

La *forme ulcéreuse* est au contraire beaucoup plus sévère avec cinq morts sur neuf cas. A la période fistuleuse, le succès opératoire devient encore plus problématique avec douze morts sur dix-huit cas. Enfin la péritonite par perforation a entraîné fatalement la mort toutes les fois qu'elle s'est produite. Quant à l'appendicite kystique, le seul cas rapporté

s'est terminé par la mort, mais ce chiffre d'observation est trop minime pour pouvoir servir de base à des conclusions.

Le *pronostic* de l'appendicite tuberculeuse est donc d'autant plus grave que l'on s'éloigne davantage du début de l'affection.

Relativement bénigne quand il ne s'agit encore que d'une granulation, l'affection qui nous occupe devient très sérieuse quand le tubercule s'est transformé en ulcération, pour devenir presque fatale à la période de fistule pyo-stercorale.

Cette maladie n'a donc aucune tendance à la guérison spontanée, elle est portée au contraire à envahir les organes voisins et à créer des lésions incurables. Le moins qui puisse arriver, ce sont des tiraillements, des douleurs continues, des crises très fréquentes qui rendent la vie active presque impossible. Enfin c'est un foyer de tuberculose qui peut toujours, à un moment donné, infecter tout l'organisme.

Il importe donc de poser le diagnostic d'une façon très précoce, afin d'opérer l'appendicite aussi près que possible de son début.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic précis d'appendicite tuberculeuse n'est pas impossible à poser, mais il ne faut pas se dissimuler que c'est extrêmement difficile. Nous n'avons relevé que trois cas où le clinicien ait « songé » à l'origine bacillaire de l'appendicite qu'il examinait, diagnostic qui fut confirmé par l'opération ou l'autopsie. Cette rareté peut tenir aussi à ce que l'affection qui nous occupe est encore peu connue et que le clinicien n'y pense pas.

Il est bien certain qu'il y a des cas qui passent absolument inaperçus, qui ne sont découverts qu'à l'autopsie ou que par un accident grave, une perforation par exemple, qui place les lésions appendiculaires au premier plan. Dans la majorité des cas on porte bien le diagnostic d'appendicite ; la nature et le siège de la douleur, les vomissements, la fièvre ne laissent aucun doute sur ce point, mais on ne découvre pas la nature tuberculeuse de l'affection. C'est ce que nous relevons dans la plupart de nos observations. On opère le malade pour une appendicite que l'on croit banale et on trouve des lésions qui font penser à la tuberculose ; le microscope, les

inoculations viennent confirmer ce soupçon. Et cependant il y a des symptômes qui, le plus souvent, peuvent éveiller l'attention et faire découvrir la vraie nature de la maladie.

C'est tout d'abord la *diarrhée* qui vient remplacer la constipation, signe classique de l'appendicite ordinaire.

Quand un malade a de la diarrhée, il faut songer à la tuberculose ; malheureusement, ce signe, tout en étant fréquent, n'est pas absolument constant.

La *douleur* de l'appendicite bacillaire a quelquefois un *siège* un peu spécial, elle se manifeste plutôt dans la région périombilicale.

La présence ou l'absence de *ganglions inguinaux* a peu de valeur.

L'évolution chronique de la maladie, ses rechutes fréquentes et rapprochées, dans l'intervalle desquelles le malade ne se rétablit pas complètement, où il reste pâle, amaigri, avec un peu de fièvre vespérale, doit également être prise en considération et faire songer à la bacillose.

L'état des autres organes peut fournir de précieuses indications, si on trouve une autre lésion tuberculeuse, pulmonaire, osseuse, etc., en évolution ou guérie, cela doit orienter les recherches vers la phymatose.

Enfin, outre les antécédents personnels, il faut tenir compte des antécédents héréditaires et dans plusieurs observations, nous voyons que le sujet

avait perdu son père, son frère, d'une affection tuberculeuse.

C'est cette étude des antécédents du malade qui a permis à Bouglé (1) de songer au diagnostic d'appendicite tuberculeuse avant l'intervention. « En résumé, si l'appendicite évolue chez un sujet lymphatique, au teint pâle, chargé d'antécédents bacillaires et ayant lui-même d'autres manifestations tuberculeuses ou de ces troubles et lésions paratuberculeuses qui font craindre la tuberculose confirmée dans un délai variable ; si, surtout, on a affaire à la forme subaiguë, à crises atténuées ou à la forme chronique à peu près apyrétique et douloureuse de l'appendicite, on devra faire toutes réserves sur la possibilité de l'infection tuberculeuse. » (2).

Pour contrôler le diagnostic de tuberculose, nous ne conseillerons pas, comme le fit Billroth dans un cas de bacillose du cœcum, d'injecter de la *tuberculine* au malade et de trouver la confirmation de son diagnostic dans les symptômes de réaction avec 39°-40° de fièvre. De pareils procédés sont trop dangereux pour être employés, d'autant plus que nous possédons un autre moyen beaucoup plus simple et moins périlleux, c'est le *séro-diagnostic* suivant la technique indiquée par Arloing et Courmont (3). Les renseignements donnés par cette réaction sont

---

1. Bouglé, *loc. cit.*
2. Bouglé, *loc. cit.*
3. Arloing et Courmont. *Presse Medicale*, 1902.

précieux et on devra y avoir recours toutes les fois que ce sera possible.

Quant à l'examen des matières fécales pour y trouver des bacilles de Koch, cette recherche est infidèle et difficile.

Il y a une affection qu'il sera bien délicat de différencier de celle qui nous occupe, c'est l'appendicite banale chez un tuberculeux.

Un individu atteint de bacillose pulmonaire ou autre a parfaitement le droit de faire une appendicite banale très légitime. Le diagnostic devient alors très difficile, mais il faut bien dire que cela n'a qu'une importance relative puisque l'indication opératoire reste la même.

Lorsqu'on sent une tumeur de la fosse iliaque, chez un sujet soupçonné de tuberculose appendiculaire, il est presque impossible de dire par quel organe elle est formée. On ne peut guère avoir la prétention de distinguer par la palpation, la grosseur que forment les ganglions péri-cœcaux de celle qui résulte de l'hypertrophie de l'appendice, si la tumeur est petite ; d'une appendicite à forme néoplasique (1), d'une tuberculose iléo-cœcale ou même d'un cancer de cette région (2) si la tumeur est volumineuse. On peut aussi avoir affaire à une *salpingo-ovarite* tuber-

---

1. Legueu et Beaussenat. *Revue de gynécologie*, 1898.

2. Nous avons vu que ce dernier diagnostic, surtout avec le sarcome, n'est pas toujours possible, même pièces en main et à l'examen microscopique.

culeuse droite, mais dans ce cas, le toucher vaginal pourra faciliter le diagnostic. Le plus souvent, il n'y a que l'opération qui vienne lever les doutes.

Encore l'intervention elle-même ne permet pas toujours d'être fixé à ce sujet. Il faut souvent l'examen microscopique pour affirmer l'existence d'altérations tuberculeuses. S'il existe par exemple une adénopathie volumineuse constatée au cours de la laparotomie, elle est en faveur de la tuberculose, mais là encore le microscope est nécessaire pour établir le diagnostic et on complète les données de l'histologie par l'inoculation à un cobaye d'un fragment ganglionnaire. Dans les cas douteux, il faut se souvenir que « toute appendicite chronique doit être, *a priori*, soupçonnée de nature tuberculeuse. La recherche des foyers caséeux folliculaires, des cellules géantes et du bacille de Koch doit être régulièrement pratiquée pour toutes les observations, alors même que la lésion aurait présenté l'allure phlegmoneuse la plus franche » (1).

A la période *d'abcès péri-cœcal*, il n'y a guère d'hésitation à avoir et il y a peu de chances de le confondre avec une des collections chaudes de la région.

Tout au contraire, son évolution lente, sa marche régulièrement extensive, sans grande réaction le rapprochent beaucoup plus de l'abcès par congestion, de l'abcès froid ossifluent lombaire ou de la

---

1. Letulle, *loc. cit.*

fosse iliaque (1). Enfin, à la période de *fistule*, le diagnostic est plus facile, ses bords violacés, atones, décollés, sans tendance à la cicatrisation en caractérisent la nature tuberculeuse. Au besoin, on peut prélever un fragment d'orifice fistuleux et en faire l'examen microscopique.

De même pour le pus dans lequel on peut trouver de grandes quantités de bacilles de Koch. L'origine intestinale de la fistule s'affirme par la présence de matières fécales dans le pansement.

Quant au point de départ de la fistule, il est difficile de dire s'il siège sur l'appendice ou le cœcum et ce n'est souvent que l'intervention qui vient lever les doutes.

L'*actinomycose* de l'appendice au dire de ceux qui en ont observé à la période de suppuration (2), ressemble à l'appendicite tuberculeuse devenue fistuleuse. C'est la même formation de trajets plus ou moins nombreux venant s'ouvrir à la paroi abdominale et correspondent à une induration profonde de la fosse iliaque. La présence des grains jaunes dans le pus de ces fistules et la recherche de l'actinomycès au microscope permettent de trancher la difficulté.

---

1. La coexistence possible de l'abcès ossifluent et d'une appendicite tuberculeuse viendrait singulièrement compliquer le diagnostic mais ce fait doit être tout à fait exceptionnel.

2. Hinglais. Th., Lyon, 1897.

TRAITEMENT

Le traitement de l'appendicite tuberculeuse tient à la fois de celui des appendicites et de l'intervention dans les tuberculoses locales. Ce sont deux raisons pour une qui militent en faveur d'une intervention radicale précoce. Il faut enlever l'appendice et supprimer ce foyer tuberculeux qui menace d'infecter l'organisme. Plus vite on opérera, plus on aura de chances d'avoir des lésions peu étendues et curables en totalité.

La seule contre-indication doit être tirée d'un état général trop grave du malade ne lui permettant pas de supporter le traumatisme de l'intervention. Si celle-ci doit provoquer une poussée de granulie, un *shock* dont le sujet ne se relèvera pas, il vaut mieux s'abstenir.

On doit songer également aux réveils possibles d'autres foyers de tuberculose, aux hémoptysies, orchites, etc., qui peuvent se produire après l'opération, chez les sujets dont l'état général était assez satisfaisant pour avoir autorisé l'intervention. Ces faits sont impossibles à prévoir, mais restent heureusement très rares.

Une fois l'opération décidée, il faut l'exécuter rapidement et enlever l'organe malade. L'ouverture simple d'un abcès sans ablation de l'appendice, qui peut apporter une guérison définitive dans l'appendicite simple, est absolument insuffisante ici. L'appendicectomie sera souvent très laborieuse, par suite des adhérences qui fixent l'organe aux tissus voisins, en particulier à la paroi abdominale et à l'intestin, la décortication peut être longue et pénible. Une fois l'appendice isolé, il faut le lier aussi près que possible du cœcum, car l'orifice du vermium est un des points de prédilection pour le développement des ulcérations. Il ne faudra pas négliger non plus d'examiner la région cœcale à ce niveau. Si elle est altérée, envahie par le processus tuberculeux, on ne devra pas hésiter, suivant l'exemple de Richelot, de Pauchet, à pratiquer une résection partielle de la zone d'implantation de l'appendice. Si l'état général du sujet est bon, cette intervention supplémentaire n'aggrave pas le pronostic.

L'appendice sera sectionné et profondément cautérisé au thermo, mais il ne faudra pas abandonner le moignon ainsi traité dans l'abdomen. On devra l'enfouir soigneusement dans la paroi cœcale pour éviter l'adhérence du moignon à l'intestin ou à la paroi. C'est pour avoir négligé la résection limitée du cœcum ou l'enfouissement soigneux du moignon appendiculaire, que l'on a vu s'établir des *fistules pyo-stercorales post-opératoires.*

Il va sans dire que si, une fois le ventre ouvert,

on voit que les lésions au lieu d'être limitées à l'appendice, comme le faisait supposer la clinique, s'étendent à l'intestin grêle, le côlon ou les annexes, on se comportera suivant les circonstances, et au besoin l'intervention restera à l'état de laparotomie exploratrice.

Il y a des cas où cela seul a donné des améliorations, mais il n'y faut pas compter.

L'*abcès froid péri-cœcal* impose l'incision hâtive ; la ponction évacuatrice, si avantageuse dans l'abcès par congestion, ne peut être préférée ici à l'incision franche pour la raison qu'il est nécessaire de compléter l'évacuation du pus par l'ablation de l'appendice. L'état général du malade a parfois empêché l'accomplissement du second temps de l'opération, et la plaie est restée fistuleuse.

Lorsqu'on a affaire à des *fistules purulentes ou intestinales*, il faut avoir recours aux opérations les plus simples d'abord, car à cette période l'état général du sujet est assez précaire. Il faut inciser les trajets fistuleux, curetter leurs parois et celles des abcès, enlever l'appendice ainsi que les masses fongueuses qui l'entourent. Cette méthode simple compte assez de succès pour qu'elle vaille la peine d'être essayée.

Si les trajets fistuleux persistent, il faut alors pratiquer une opération plus radicale, l'*ablation* de la masse fistuleuse ou l'*exclusion intestinale*.

L'idéal, c'est l'*ablation* suivie d'entéro-anastomose

(Von Eiselsberg) (1), mais les difficultés opératoires sont grandes et la mortalité considérable : elle dépasse 50 o/o (Lardennois (2), Senn (3), Kœnig (4).

L'*exclusion* au contraire a une mortalité beaucoup plus faible : 15, 38 o/o d'après Terrier et Gosset (5), 4, 90 o/o d'après Dict (6). C'est une opération plus rapide et plus facile, c'est elle qui doit être préférée. Mais deux procédés d'exclusion s'offrent à l'opérateur, *exclusion unilatérale* ou *bilatérale*. Il ne rentre pas dans le cadre de ce travail de discuter la valeur réciproque de ces deux interventions et nous nous bornerons à résumer les conclusions de l'excellente thèse de Lance (7) sur la question.

L'auteur repousse *l'entéro-anastomose simple* qui ne met pas l'anse intermédiaire à l'abri du reflux des matières.

L'*exclusion unilatérale* est également insuffisante pour la même raison.

L'*exclusion bilatérale* au contraire donne d'excellents résultats à condition qu'il y ait une soupape de sûreté pour l'écoulement des sécrétions de l'anse exclue, et cette disposition est réalisée dans le cas qui nous occupe par l'existence des fistules.

---

1. Von Eiselsberg. *Arch. f. Klin. Chir.*, Berlin, 1898.
2. Lardennois. Th. Paris, 1898.
3. Senn. *Journ. Amer. Med. Associat.*, 1898.
4. Kœnig. *Centralb. f. Chir.*, 30 août 1890.
5. Terrier et Gosset. *Revue de Chirurg.*, 1902. II, p. 129.
6. Dict. Th. de Paris, 1896.
7. Lance. Th. de Paris, 1903.

Lance termine ainsi : « L'exclusion bilatérale donne des résultats excellents dans la cure des fistules pyo-stercorales... Dans la tuberculose intestinale et surtout dans la tuberculose cœcale, si le malade ne présente pas de lésions pulmonaires avancées, elle permet des extirpations inespérées, et donne même des guérisons complètes ». En effet, si la fistule ne tarit pas après l'exclusion, on peut ultérieurement faire l'extirpation totale. Mais, si cette ablation secondaire est possible, il est bon de rappeler que c'est à l'exclusion bilatérale qu'on le doit, car c'est elle qui a rendu l'opération praticable en permettant aux adhérences de se résorber.

Nous ne voudrions pas clore ce chapitre sans dire un mot de l'anesthésie. Le chirurgien se trouve en présence d'individus dont l'appareil respiratoire est malade ou tout au moins suspect. L'éther doit donc être absolument proscrit à cause des violents phénomènes congestifs qu'il occasionne trop souvent. Le chloroforme lui-même ne nous paraît pas très recommandable, étant encore irritant pour des poumons si délicats. Le mieux serait peut-être en ce cas d'obtenir l'anesthésie partielle, soit par injection locale de stovaïne, soit par stovaïnisation lombaire. L'affection qui nous occupe serait donc une de celles où l'anesthésie par voie rachidienne trouverait son indication et cela permettrait peut-être d'éviter ces poussées de tuberculose pulmonaire que l'on observe parfois après l'opération.

Enfin lorsqu'on jugera impossible l'intervention

chirurgicale, on se contentera d'instituer pendant les poussées aiguës le traitement médical habituel des appendicites : immobilité, diète, opiacés et glace sur le ventre. On soutiendra l'état général du malade par le repos, le grand air, les toniques et les fortifiants ; mais nous avons vu combien était sombre le pronostic de l'appendicite tuberculeuse abandonnée à elle-même.

Au contraire, l'intervention radicale, judicieusement choisie et pratiquée aussitôt que possible permet d'espérer la guérison très fréquente de cette redoutable affection.

OBSERVATIONS

Granulations tuberculeuses de l'Appendice.

OBSERVATION I

Demons. — *In* thèse Aynès (Bordeaux, 1896).

Tuberculose granuleuse de l'appendice. — Résection. — Guérison.

A... Léon, 33 ans, garçon de salle, entre à l'hôpital Saint-André le 4 mars 1895, pour crises de coliques et tumeur dans la fosse iliaque droite. Aucune tare tuberculeuse héréditaire ni personnelle, à noter seulement une jaunisse remontant à trois ans et une tendance assez marquée à la constipation.

Pas de syphilis.

En décembre 1894, première crise, brusque, violente, caractérisée par de fortes douleurs dans tout le ventre et surtout à droite. Cette crise dura vingt-quatre heures, mais il persista pendant quelques jours une douleur assez vive à droite.

Trois mois après, nouvelle crise brusque et violente qui dure huit jours. Le malade s'aperçoit alors qu'il a dans la fosse iliaque droite une petite grosseur du volume d'une noix, dure et douloureuse, jusqu'à l'empêcher de marcher. Il entre alors à l'hôpital. Homme petit, mais très robuste, la tumeur

est facilement trouvée, elle siège au niveau de l'appendice et on porte le diagnostic d'appendicite à rechute. On soumet le malade au traitement médical sévère durant deux mois, ce qui ne l'empêche pas d'avoir une crise très douloureuse et comme l'affection ne semble pas devoir rétrocéder, l'opération est décidée.

Opération le 2 mai 1895. — Laparotomie au niveau de la tumeur par une incision analogue à celle de la ligature de l'iliaque externe. On trouve une petite tumeur occupant l'extrémité de l'appendice, adhérant à l'épiploon et à l'intestin grêle. On l'attire au dehors avec des compresses, quelques petits points jaunâtres, caséeux, au niveau de l'adhérence ; ils sont excisés. Libération et ligature de l'épiploon. Résection de l'appendice, enfouissement du moignon. Fermeture immédiate de la paroi en trois plans.

Le lendemain, *légère hémoptysie* le malade rend quelques caillots de sang noir, et les crachats sont sanglants pendant deux jours. Rien aux poumons.

Suites opératoires très simples, l'opéré partit guéri vingt-cinq jours après. Il a été revu six mois après : il a engraissé, va régulièrement à la selle et est en parfaite santé. Il n'a plus rien dans la fosse iliaque.

L'appendice présentait trois petites granulations tuberculeuses dont l'une était déjà caséifiée, l'examen microscopique par le Dr Hobbs a confirmé ce diagnostic, bien qu'il n'ait pas trouvé de bacilles. Il s'agissait donc d'une *infection tuberculeuse de l'appendice* en voie de se greffer sur l'épiploon et l'intestin.

OBSERVATION II

(T. S. Cullen. — *In « Vermiform appendix and its diseases »*. Kelly et Hurdon, Philadelphie, 1905, p. 763).

Granulations tuberculeuses sur un appendice. — Résection. Guérison.

Une femme de 23 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, se plaint depuis environ un an, de douleurs

sourdes dans la moitié inférieure droite de l'abdomen. Il n'y a jamais eu de crises aiguës. L'examen physique est négatif, la température normale.

Opération. — On trouve un appendice fortement injecté, sa surface présente une apparence grêlée, la séreuse a l'air d'être « mangée aux vers ». Cet aspect bizarre attira l'attention sur cet appendice et en fit faire un examen microscopique qui démontra la nature tuberculeuse des lésions. Il n'y avait pas d'adhérences, aucune autre lésion abdominale. La guérison se fit sans incidents et amena la disparition de tous les troubles antérieurs.

L'examen histologique montra une invasion étendue de tubercules, sur la muqueuse et la sous-muqueuse avec légère participation de la musculeuse.

OBSERVATION III

(Kelly et Hurdon. — *Loc. cit.*, 1905).

Tubercules de l'appendice. — Lésions annexielles. — Appendicectomie. — Guérison.

Soq..., femme de 32 ans, est vue en février 1902 : Elle a des antécédents héréditaires tuberculeux. A l'âge de 20 ans, elle a eu une pleurésie, une « inflammation » des intestins, suivie de *diarrhée* pendant deux ans, et de la cystite. Deux mois avant d'être vue par le chirurgien, elle a été opérée d'une myomectomie, mais les symptômes vésicaux et les douleurs dans le pelvis persistent. Il n'y a pas de signes de maladie appendiculaire, ni de signes physiques de tuberculose.

A l'opération, on trouva des lésions pelviennes étendues avec adhérences englobant l'utérus, les trompes et les ovaires, aussi bien que l'appendice qui était atrophié et adhérent derrière le côlon. Il avait 3 cm. 5 de long et était large de 4 millimètres, il était couvert d'adhérences et sa lumière était complètement oblitérée. Rien, dans l'aspect macroscopique ne suggérait l'idée de tuberculose, mais, sous le microscope, on trouva que la

muqueuse et la sous-muqueuse étaient entièrement remplacées par du tissu tuberculeux typique. On trouva des bacilles, mais avec difficulté. Six mois après, la malade écrivait qu'à part la continuation de l'irritabilité vésicale, elle était en excellente santé et augmentait de poids.

OBSERVATION IV

(Observation inédite due à l'obligeance de notre maître, le Dr A. Jalaguier, agrégé, chirurgien des Enfants-Assistés).

Granulations tuberculeuses de l'appendice. — Ablation. — Guérison.

M... J..., 15 ans 1/2, entre aux Enfants-Assistés en mars 1904 après sept crises d'appendicite.

La première débuta en juillet 1902 par une douleur très vive dans la fosse iliaque droite, maux de tête, *diarrhée*, mais pas de vomissements. La crise dura huit jours.

La seconde se produisit en août 1902, début brusque, par des douleurs plus intenses encore au point de Mac Burney, et dura environ quinze jours.

Cette fois l'enfant reste un an sans nouvelles crises, mais a toujours de la sensibilité à droite, de la constipation et des maux de tête.

Troisième crise en août 1903, elle est très violente et dure un mois.

Quatrième crise en décembre, moins intense, cinquième et sixième crises en mars 1904.

L'enfant entre alors à l'hôpital.

La palpation provoque un peu de défense musculaire à droite, et une douleur assez vive au point de Mac Burney.

Pas de plastron, ni de boudin cœcal.

La septième crise a lieu pendant le séjour de l'enfant à l'hôpital, elle est modérée, mais recule la date de l'intervention.

Opération le 15 avril 1904 par M. Jalaguier. — Laparotomie latérale.

Péritoine parsemé de granulations tuberculeuses grisâtres. Appendice très difficile à trouver, on finit par le découvrir. coudé sur lui-même en V et recroquevillé sur la face externe du cœcum, au milieu d'adhérences.

Ablation difficile, les adhérences saignent, l'appendice est couvert de granulations tuberculeuses et rempli de masses dures.

Ligature et enfouissement du moignon. Drain et mèche dans la plaie. Fermeture de la paroi.

Il n'y eut qu'un peu de suppuration qui persista pendant quelque temps et nécessita des pansements à plat.

L'enfant sortit guérie le 8 mai 1904, elle a été revue une fois et se porte très bien.

OBSERVATION V

(Kraus. — *Monatsch. fur Geburts u. Gynœk*, Berlin, 1902, XV, p. 159).

Granulations tuberculeuses de l'appendice et des annexes droites. — Ablation. — Guérison.

Femme R. P..., 30 ans, mariée depuis dix ans, jamais d'enfants, régulièrement réglée.

Presque aussitôt mariée, elle présenta des accidents de péritonite aiguë généralisée dont on plaça la cause dans l'appendicite.

Elle guérit et se porta bien jusqu'au mois de mai dernier. Elle présenta alors des accidents de péritonite localisée à la fosse iliaque droite avec une fièvre légère, par le toucher on trouva une tumeur annexielle à droite. Cette crise fut plus courte que la première, puis retour à la santé parfaite.

La miction devenait toutefois douloureuse au moment des règles.

A notre examen, cette femme nous paraît très vigoureuse et saine, rien aux poumons, ni au cœur, ni dans les urines.

Utérus normal en position normale.

A droite de l'utérus, appliqué contre lui, on sent une tumeur dure, morbide, non douloureuse, du volume d'un œuf d'oie et recouvert par la trompe épaissie.

Annexes gauches normales.

Aucun antécédent bacillaire.

On relia les deux crises de péritonite l'une à l'autre, pensant qu'il s'agissait peut-être d'un kyste de l'ovaire infecté secondairement.

Comme les douleurs augmentaient, l'opération fut décidée et exécutée le 19 juin.

La laparotomie montra des adhérences entre quelques anses intestinales et les annexes droites, ces adhérences étaient si fortes que malgré toutes les précautions l'intestin fut ouvert deux fois et immédiatement suturé au catgut. La trompe droite fut trouvée très malade surtout dans sa portion abdominale, elle formait avec l'ovaire une tumeur du volume d'une noix qui fut enlevée.

L'appendice adhérait au Douglas, il fut libéré et réséqué, mais l'extrémité libre fut arrachée. Les fausses membranes unissant l'utérus au fond de la vessie furent sectionnées.

Tamponnement avec une mèche. Drain. Suites normales.

26 juillet. — La malade sortit avec une petite fistule au niveau du drain.

A la section de la tumeur, il s'échappe des masses gris rose, fongueuses.

La trompe est renflée en massue et oblitérée à sa partie moyenne.

L'appendice est de longueur normale, il est dilaté en son milieu et a une perte de subtance artificielle à son extrémité libre.

A l'examen macroscopique, on ne peut poser aucun autre diagnostic que celui d'infections anciennes. Le microscope montre des granulations tuberculeuses sur toute la surface. On trouva beaucoup de cellules géantes, pas de processus de caséification. Le tissu ovarien ne présente pas de tubercules. On trouve beaucoup de lésions tuberculeuses au niveau de l'extrémité abdominale de la trompe.

Vers l'extrémité libre de l'appendice on trouve une infiltration de cellules rondes, il y a à ce niveau des lésions typiques de tuberculose. Peu de cellules géantes, aucun bacille.

Kraus conclut, conformément à ce que Sonnenburg a écrit, que cette tuberculose des annexes est consécutive à une tuberlose greffée sur un appendice atteint dix ans auparavant.

Cette première atteinte avait créé un *locus minoris resistentiæ*, la tuberculose s'y est développée ultérieurement et par l'intermédiaire du ligament qui unit l'appendice à l'ovaire le processus a gagné les annexes.

OBSERVATION VI

(Observation inédite due à l'obligeance de MM. Ménétrier et Aubertin).

Appendicite subaiguë d'aspect banal trouvée tuberculeuse à l'examen histologique. — Guérison.

Jeune homme, 25 ans, entré à l'hôpital Tenon, service du Dr Lejars, en 1901, pour appendicite subaiguë, cliniquement d'aspect banal.

Opération. — Résection de l'appendice. On ne trouve pas d'abcès. L'appendice est gros, turgescent, peu congestionné. A la section, la lumière est entièrement remplie par un tissu grisâtre, sans granulations visibles à l'œil nu.

Le cœcum n'avait aucune lésion. L'examen histologique pratiqué par les Drs Ménétrier et Aubertin devait révéler la nature tuberculeuse de cette infiltration. On trouve à la face profonde de la muqueuse, qui n'est pas ulcérée, des tubercules jeunes dont la plupart sont à l'état de simples follicules et dont quelques-uns seulement présentent des cellules géantes et un centre caséifié. Par la coloration d'Ehrlich, on a même pu déceler la présence des bacilles. L'infiltration tuberculeuse pénètre sous

la face profonde des culs-de-sac glandulaires et les a détruits en partie.

Le malade est sorti guéri de l'hôpital et n'a pas été revu.

OBSERVATION VII

(Mosher. — *Brooklyn Medical Journal*, février 1903).

Crise aiguë d'appendicite. — Appendicectomie. — Lésions tuberculeuses à l'examen. — Guérison opératoire. — Mort cinq ans après de tuberculose pulmonaire.

S. S..., âgé de 24 ans, cordonnier, souffre d'appendicite chronique depuis trois ans.

Le 4 juin 1896, au matin, le Dr Mosher voit le malade en pleine crise aiguë. Pouls à 100, température 38°. Vomissements douleur intense dans la fosse iliaque droite, le sujet paraît vraiment très malade. L'opération fut faite dans la même matinée ; elle montra un appendice très long, large, très distendu, fixé sur la moitié de sa longueur sur le bord du pelvis. Appendicectomie.

Les suites opératoires furent très simples, l'opéré alla remarquablement bien jusqu'au quatrième jour. A ce moment la température monta à 40°5, toux d'irritation et trente quatre heures après apparut sur la face et la poitrine, une éruption de rougeole typique. Cette rougeole évolua normalement jusqu'à la desquamation. Le patient fut guéri en quatre semaines. Les fils avaient été enlevés au dixième jour et la plaie fermée par première intention.

A l'examen microscopique, le Dr Mosher trouva à sa grande surprise un certain nombre de bacilles tuberculeux.

Au moment de l'intervention, l'opéré était en bonne santé, les poumons étaient normaux ; mais trois ans après, en 1899, il se développa une tuberculose pulmonaire qui l'emporta en deux ans.

OBSERVATION VIII

(Observation inédite due à l'obligeance de M. le Dr Pauchet (d'Amiens).

Granulations tuberculeuses de l'appendice et du péritoine. — Appendicectomie. — Adénite du méso. — Guérison.

Il s'agit d'une jeune fille chez laquelle on porta le diagnostic de péritonite bacillaire à forme ascitique. Elle présentait des douleurs abdominales plutôt à droite, avec de la constipation suivie de débâcles et de *diarrhée*. Il y avait même des signes d'entéro-colite avec des muco-membranes dans les selles.

Il n'y avait aucune lésion pulmonaire tuberculeuse, mais la malade portait une adénite cervicale suppurée.

A l'ouverture du ventre, le Dr Pauchet trouva un semis tuberculeux sur le péritoine. Ce semis divergeait à partir de l'appendice. Le vermium était gros, épaissi, dur, infiltré de granulations bacillaires. De là, le semis granuleux irradiait sur le péritoine à une distance de 10 à 12 centimètres. C'était en somme une péritonite bacillaire localisée à point de départ appendiculaire.

On réséqua l'appendice et une rondelle de cœcum pour trouver du tissu non friable et faire une bonne suture. Il y avait de plus une adénite du méso, ces ganglions furent extirpés. Cette malade a parfaitement guéri.

Le Dr Pauchet a dû la réopérer ultérieurement pour une éventration, il a constaté que le péritoine était parfaitement sain et lisse.

OBSERVATION IX

(Pesquerel. Thèse, Paris, 1899).

Appendicite tuberculeuse miliaire avec péritonite tuberculeuse péri-appendiculaire. — Appendicectomie à froid deux ans après le début — Guérison.

Enfant G..., 10 ans, jamais malade pendant l'enfance. A commencé à souffrir dans le ventre il y a deux ans environ. Fut prise subitement dans la nuit et sans cause connue de douleurs du côté droit du ventre. Depuis ce temps, a toujours souffert plus ou moins. Habituellement constipée avec quelques débâcles. Douleurs beaucoup plus vives et continuelles surtout le soir depuis deux mois. Constipation plus marquée pas d'appétit. Haleine mauvaise ; jamais réglée, mouche souvent du sang.

Ventre sans ballonnement, ni rétraction. Douleur très vive au point de Mac Burney, provoquant la défense de la paroi. Depuis deux mois, douleur exagérée au point d'empêcher la marche. Pas de vomissements.

12 mai 1899. — Laparotomie latérale droite. Le péritoine est parsemé de granulations tuberculeuses grisâtres, appendice entouré de granulations et d'adhérences molles. Résection en manchette de l'appendice. Suture de la collerette. Fermeture de la paroi.

Suites simples. Guérison.

OBSERVATION X

(Richelot. — *Appendicite tuberculeuse. — Laparotomie exploratrice. — Guérison.*
Bulletin de la Société de Chirurgie, 23 mars 1892, p. 241).

De tous les cas où j'ai pu soupçonner, sans la voir, la typhlite tuberculeuse, le plus net est celui-ci.

Jeune fille de 20 ans ayant eu sa première poussée de pérityphlite en avril 1887 avec douleurs vives à droite, vomissements, fièvre, *diarrhée abondante*.

Pendant une année, plusieurs séjours à l'hôpital. En avril 1888, je la vois, souffrant toujours, et je lui trouve dans la fosse iliaque une petite tumeur allongée, lisse, profonde, sensible à la pression.

Laparotomie exploratrice : intégrité des annexes et du péritoine, aspect normal du cœcum, appliqué à la fosse iliaque et dépourvu de méso ; l'appendice est invisible. Améliorée, je ne sais pourquoi, après cette incision, la malade put travailler comme infirmière ; mais elle eut encore des poussées douloureuses. De temps à autre, elle était obligée de garder le repos ; elle avait quelques troubles intestinaux et surtout des constipations difficiles à vaincre. On lui trouvait encore une petite tuméfaction iliaque, évidemment cachée derrière le cœcum, où je n'avais pu la découvrir.

Un jour, elle eut une grave bronchite et maigrit beaucoup. Lorsque je la vis quelque temps après, elle avait mauvaise mine et, aux sommets des poumons, des signes non douteux de tuberculose ; son côté droit la faisait encore souffrir par intermittences.

Elle se rétablit néanmoins, continua à travailler, se maria, eut une grossesse normale et un accouchement heureux. Aujourd'hui sa fosse iliaque est en meilleur état et la laisse à peu près tranquille ; sa santé n'est pas mauvaise.

Considérant l'évolution de la maladie, j'ai ici plus que des présomptions vagues et je pose le diagnostic d'appendicite tuberculeuse, bien que la preuve anatomique fasse encore défaut.

OBSERVATION XI

(Sonnenburg. — Réunion libre des chirurgiens de Berlin, 11 janvier 1897).

Granulations tuberculeuses de l'appendice. — Laparotomie simple. — Pronostic très grave.

Il s'agit d'un garçon de 14 ans, ayant eu plusieurs attaques de périty phlite qui ont laissé un empâtement de la région iléo-cœcale. Comme les accidents revenaient de temps en temps, M. Sonnenburg fit la laparotomie et trouva une tuberculose de l'appendice avec envahissement de sa séreuse et du péritoine recouvrant le cœcum et le côlon ascendant. Dans ces conditions, l'opérateur se contenta d'une simple laparotomie exploratrice, dans l'espoir que celle ci aurait un effet curatif comme c'est ordinairement le cas dans la péritonite tuberculeuse. Il n'en fut rien : la tuberculose fit des progrès et actuellement le petit malade est atteint des lésions pulmonaires qui laissent peu d'espoir.

Appendicite tuberculeuse kystique.

OBSERVATION XII

(Observation inédite due à l'obligeance de notre maître, le Dr A. Ricard, agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis).

Hydro-appendice tuberculeux. — Appendicectomie. — Guérison opératoire. — Mort de granulie trois mois après.

M..., 32 ans, artiste peintre, est pris durant une période de vingt-huit jours, d'une crise aiguë d'appendicite, soignée à l'hôpital militaire. Il revient chez lui souffrant encore, voit le

Dr Lion de la Pitié, qui appelle le Dr Ricard en consultation. On trouve tous les signes d'une appendicite indiscutable, douleurs dans la fosse iliaque droite, troubles intestinaux, etc. Mais il persiste un empâtement, qui fait prolonger quelque temps encore le traitement médical avant de recourir à l'intervention.

Le malade a été atteint autrefois de tuberculose pulmonaire, dont le Dr Lion affirme la guérison actuelle.

L'appendicite ne se refroidissant pas, malgré le traitement, la température oscillant autour de 38° et l'état général ne s'améliorant pas, on décide l'intervention.

L'opération a lieu rue Oudinot. On trouve très peu d'adhérences péri-appendiculaires, mais un appendice énorme, du volume du pouce, à parois très minces, rempli de liquide séreux louche, véritable *hydro-appendice* qui se rompt au cours de l'extirpation et dont le liquide souille la plaie. Ligature de l'appendice à sa base, section au thermocautère. Fermeture de la paroi. Drainage.

Examen de l'appendice. — Les parois sont très amincies, presque transparentes dans sa plus grande partie. En son milieu, existe une ulcération irrégulière, déchiquetée, à bords décollés, large comme une pièce de 1 franc. Les bords sont décollés, violacés, ecchymotiques, flottants ; le fond est limité à la seule séreuse et on s'explique qu'il se soit si facilement rompu.

Les suites opératoires immédiates furent très bonnes, il n'y eut pas de température et le drain est enlevé le troisième jour. Dix jours après la température remonte et atteint 38°, sans douleur locale. Le siège du drain devient ulcéreux, il se forme une ulcération tuberculeuse de la peau sans communication avec les parties profondes. Les applications de teinture d'iode, nitrate d'argent et autres caustiques restèrent sans résultat, cette ulcération n'a jamais guéri.

La température persista, la toux apparut et transporté à la campagne, le malade mourut en huit jours de granulie, dans les trois mois qui ont suivi l'opération.

Appendicite tuberculeuse hypertrophique.

OBSERVATION XIII

(E. Apert. — *Presse médicale*, 1898, II, p. 343).

Tuberculose hypertrophique de l'appendice ayant évolué sans symptômes fonctionnels, trouvaille d'autopsie.

En mars 1898, meurt dans le service du professeur Dieulafoy un tuberculeux, à l'autopsie duquel on trouve les lésions suivantes :

Ulcérations tuberculeuses de la base de la langue, de l'épiglotte, de la corde vocale gauche et de la trachée ; lésions bacillaires banales des poumons. Ulcérations sur toute la hauteur de l'intestin, sans perforation ni péritonite, la valvule iléo-cœcale était rongée et l'appendice présentait des altérations remaquables. Normal dans sa moitié supérieure, il est au contraire gonflé dans sa partie inférieure de façon à prendre l'aspect d'un battant de cloche. A ce niveau son diamètre est trois ou quatre fois plus grand que dans la moitié supérieure. Surface irrégulière, rugueuse, coloration blanchâtre par points, rougeâtre, jaunâtre en d'autres.

Séreuse intacte. Lésions considérables sur la face interne, muqueuse ulcérée, ravinée ; paroi irrégulièrement épaissie, ramollie.

Au microscope, on trouva des bacilles de Koch au milieu de microbes les plus variés, et des lésions manifestement tuberculeuses.

Au point de vue clinique, ces lésions avaient été absolument silencieuses, le malade avait été soigné pour une tuberculose pulmonaire et laryngée, mais aucun symptôme n'avait attiré l'attention sur les lésions appendiculaires qui ont été une trouvaille d'autopsie.

OBSERVATION XIV

(Bouglé et Marie. — *Bull. Soc. anatomique*, janvier 1903, p. 92).

Appendicite tuberculeuse hypertrophique. — Diagnostic clinique posé avant l'opération. — Ablation. — Guérison.

Fr. Kl..., 24 ans, coupeur en chaussures, entre à Lariboisière le 9 novembre 1902, dans le service du Dr Tapret. Il présente un empâtement de la fosse iliaque droite qui fait immédiatement songer à une appendicite et le malade nous est confié quelques jours plus tard.

Début de tuberculose pulmonaire il y a deux ans, plusieurs séjours à Lariboisière et finalement est admis au sanatorium d'Angicourt de janvier à juillet 1902. A ce moment, alors que son poumon était en voie de cicatrisation, il est pris de douleurs assez vives dans la fosse iliaque droite, on porte le diagnostic d'appendicite subaiguë et on le soumet au traitement médical. Cette crise présente quelques caractères spéciaux : d'abord, elle ne fut jamais très aiguë, ensuite elle se prolongea plus que de coutume. Le malade avait une *diarrhée* continuelle, ce qui ne s'observe guère dans l'appendicite simple, les malades sont au contraire habituellement constipés. De plus, vers le mois de septembre, survint dans l'abdomen un empâtement tardif et assez accentué, sans fièvre, sans grande réaction péritonéale. Cet empâtement persistait encore au mois de septembre, lors de l'entrée du malade à Lariboisière, en chirurgie. A ce moment sa lésion pulmonaire droite était très améliorée, mais persistait encore. La coïncidence de cette lésion et des caractères de cette appendicite nous permirent d'émettre cliniquement l'hypothèse *d'appendicite tuberculeuse*.

Opération le 22 novembre. — Laparotomie. Nous trouvons le cœcum un peu rouge, mais les lésions siégeaient manifes-

tement au-dessous, au niveau d'une masse blanchâtre, lardacée, du volume de trois doigts, qui se détachait du cœcum et adhérait à la paroi abdominale par son extrémité libre. A ce niveau même, la rupture de l'adhérence très laborieuse, entraîna l'ouverture d'un abcès du volume d'une noisette, correspondant à la pointe de l'appendice renfermant un pus épais, caséeux et présentant une paroi violacée, fongueuse. Il fut encore plus laborieux d'isoler le méso-appendice très épaissi et adhérent et de trouver le point d'implantation exact de l'appendice sur le cœcum. A ce niveau, l'organe particulièrement épaissi, affectait la forme d'un cône dont la base aurait été appliquée sur le cœcum. Dissection, isolement, ligature au catgut et section au thermo. Drainage, suture de la paroi.

Suites opératoires très simples, du côté de l'abdomen tout au moins, car le lendemain de l'intervention, le malade eut une *poussée de phtisie aiguë* dans le poumon droit anciennement tuberculisé, qui revêtit d'emblée une allure extrêmement inquiétante avec hyperthermie, 40°, 41°, agitation dyspnée. Cependant au bout de quelques jours, ces accidents menaçants s'atténuèrent et le malade se trouva un peu soulagé. Localement, la cicatrice était parfaite, sauf au niveau du drain où il existait une ulcération blafarde, présentant un peu les caractères d'une ulcération tuberculeuse.

Du côté du poumon, l'incendie éteint, les lésions avaient fait un progrès qui nécessita l'admission du malade dans un service de médecine. Localement, il n'existait aucune fistule stercorale.

L'appendice enlevé a été fendu en long, sa paroi extrêmement épaissie (2 à 3 cm. par endroits) limitait une cavité en sablier avec une dilatation supérieure juxta-cœcale, une zone moyenne rétrécie et une nouvelle dilatation inférieure, correspondant à l'abcès de la pointe de l'appendice.

L'examen microscopique, pratiqué par le Dr Marie a confirmé le diagnostic d'appendicite tuberculeuse avec maximum des lésions dans la zone folliculaire.

OBSERVATION XV

(Crowder. *American Journal of medical Sciences*. Philadelphia, 1902, t. XXIV, 236).

Appendicite tuberculeuse hypertrophique. — Complications. — Guérison.

A... G.., 47 ans, marchand, entre à Passavant Memorial Hospital Chicago, le 31 mai 1900. Père mort de tuberculose pulmonaire. Le sujet a eu la rougeole à 9 ans, des rhumatismes à 30 ans et souffre d'asthme depuis l'âge de 15 ans. Depuis une quinzaine d'années, il souffre d'une néphrite spécifique légère. Depuis trois ans, il a une hernie inguinale droite et une gauche depuis huit mois.

La maladie actuelle débuta, il y a cinq semaines, au milieu de son travail par une vive douleur dans le ventre que le malade attribua à sa hernie. Ces crises se reproduisirent une demi-douzaine de fois par jour. Elles devinrent de plus en plus graves et fréquentes, s'accompagnent de nausées et de vomissements, à tel point qu'il entre à l'hôpital. La douleur est localisée à la région iliaque droite. Des compresses chaudes calmèrent cette douleur et l'état s'améliora tellement que le malade fit une longue marche jusque chez lui. La douleur reparut et, quelques jours après, il rentra dans le service du Dr Fenger.

On constate un empâtement dans la région de l'appendice, descendant presque jusqu'au ligament de Poupart. On applique un pansement à l'alcool. Le lendemain soir de son entrée, la température monte à 38°. La température redevient ensuite normale jusqu'après l'opération.

Le 8 juin, toute douleur spontanée a disparu, l'empâtement a diminué et la pression donne une sensation très vague de résistance.

Opération le 15 juin par le Dr Fenger.—Anesthésie à l'éther. On enleva un appendice très hypertrophié, avec une petite

portion de la paroi cœcale qui était légèrement épaissie. Il n'y avait pas trace de péritonite tuberculeuse. La guérison survint sans complication, il y eut simplement une légère élévation de température après l'intervention

Deux semaines après apparut une *orchite aiguë* très douloureuse à droite, la température monta de 3 ou 4 degrés et s'y maintint une semaine.

L'orchite fut soignée par des applications de glace et disparut en laissant une certaine induration du testicule et de l'épididyme. Le 6 septembre, après anesthésie, le testicule fut incisé et une petite portion de testicule et de l'épididyme furent mises de côté pour l'examen microscopique. La guérison survint et le 9 octobre l'opéré sortit en bonne santé et sans aucun signe clinique de tuberculose.

Le 15 mars 1902, j'eus l'occasion de réexaminer le sujet. Il se porta parfaitement bien dans les dix huit mois qui suivirent sa sortie. Pas de récidive locale, aucun autre signe de tuberculose. Les urines sont normales.

Aspect de l'appendice. — Il a 6 centimètres de long et est recourbé sur lui-même formant les deux tiers d'un demi-cercle. Son diamètre est de 20 millimètres dans sa partie la plus large, en son milieu. Le péritoine semble sain. Les coupes montrent que la lumière est presque oblitérée. La muqueuse a 2 ou 3 millimètres d'épaisseur et ses limites avec le tissu fibreux sont très nettes. Ce tissu fibreux a 6 ou 10 millimètres d'épaisseur. Il n'y a pas de tubercules miliaires ni d'abcès dans la paroi.

L'examen microscopique montra des lésions typiques de tuberculose avec cellules géantes et épithélioïdes. L'épaississement de la paroi était dû surtout à la dégénérescence fibreuse de la couche musculaire.

L'examen microscopique des coupes fait au point de vue bactériologique n'a pas permis de découvrir un seul bacille de Koch.

OBSERVATION XVI

(F. Henrotin. — *In* « *Vermiform appendix and its diseases* » Kelly et Hurdon. Philadelphie, 1905, p. 762).

Appendicite tuberculeuse hypertrophique. — Résection. — Guérison.

Une femme de 21 ans entre à l'hôpital avec une histoire de douleurs violentes accompagnées de vomissements, survenant à chaque période menstruelle. La première attaque survint dix-huit mois avant qu'elle fût examinée ; la seconde six mois après, et ensuite à chaque période menstruelle. Les attaques commençaient par des douleurs très violentes à droite, au point de Mac Burney, et légères à gauche. Vomissements au bout de quelques heures. La douleur spontanée cessait quand la menstruation prenait fin, mais la sensibilité du côté droit persistait presque toujours. Les fonctions intestinales se faisaient régulièrement, mais la malade avait de fréquentes indigestions et avait considérablement maigri.

A l'opération, l'appendice fut trouvé allongé, épaissi, adhérent à la fosse iliaque au niveau de son sommet, par des adhérences minces comme une toile d'araignée. Il y en avait aussi au niveau de la base.

L'appendice fut enlevé par le procédé ordinaire à manchette, et avec lui, une portion de l'ovaire droit qui était kystique.

La guérison se fit par première intention, tous les symptômes pathologiques disparurent, il n'y eut pas d'autres localisations tuberculeuses.

Kelly présente (fig. 205, p. 337) une coupe microscopique de cet appendice grossie 40 fois. On y voit les débris de la muqueuse, qui a disparu complètement en d'autres endroits. Les tubercules se trouvent surtout dans la sous-muqueuse, mais envahissent aussi la musculeuse. Sur la coupe, on trouve un foyer caséeux.

OBSERVATION XVII

(Observation inédite due à l'obligeance de notre maître le Dr Jalaguier).

Appendicite tuberculeuse hypertrophique. — Ablation. — Guérison opératoire.— Mort six mois après de péritonite tuberculeuse.

D... C..., 14 ans, entre aux Enfants-Assistés le 30 octobre 1902 pour une sensibilité de la fosse iliaque droite consécutive à une troisième crise d'appendicite.

Première crise, peu bruyante en avril 1902 avec douleurs, vomissements et constipation. Seconde crise, beaucoup plus violente le 10 avril 1902, douleur subite et intense, vomissements abondants, constipation ; l'enfant reste alitée pendant un mois. Troisième crise, moins intense, en septembre 1902.

En examinant la malade, le palper de la fosse iliaque-droite provoque une légère sensibilité, cependant la paroi est souple, pas de masses d'adhérences, région complètement libre.

Fonctions digestives normales, un peu de constipation habituelle.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Comme antécédents personnels, on n'a trouvé qu'une rougeole à huit ans.

Opération le 14 novembre 1902 par M. Jalaguier. Laparotomie. La région du cœcum apparaît immédiatement, recouverte de petites taches blanches, en gouttes de cire, qui semblent bien être de nature tuberculeuse, mais il n'y a ni ascite, ni adhérences.

L'appendice, trouvé sous le cœcum, présente lui aussi des taches semblables, mais ces lésions sont limitées au cœcum et à l'appendice. Celui-ci est gros comme le pouce, ses parois sont congestionnées, mais il n'y a pas d'adhérences. A la

palpation, il semble rempli de liquide et oblitéré dans sa partie supérieure.

L'appendice est réséqué, le moignon est lié et enfoui dans la paroi du cœcum. Fermeture de la paroi sans drainage. Il a été trouvé dans cet appendice quatre pépins de raisin.

Le 30 novembre 1902, l'enfant quitte le service complètement guérie.

Elle a été revue depuis, se plaignant du ventre et présentant de l'ascite.

Elle est morte en mars 1903 de *péritonite tuberculeuse*.

OBSERVATION XVIII

(Patel. — *Lyon Médical*, 1900, XLV, 621).

Appendicite totale aiguë hypertrophique. — Appendicectomie. Guérison.

Mme L..., 36 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 13 octobre 1900.

Début il y a trois jours par douleur abdominale très violente, sans cause apparente. Douleur généralisée à tout le ventre, vomissements fréquents.

Le lendemain douleur, vomissements, un peu de *diarrhée*, météorisme. Mauvais état général, tendance aux syncopes.

A son arrivée à l'hôpital, la malade a un facies péritonéal des plus nets. Pouls petit, rapide, 120. Température 37°6 rectale. Abdomen énorme, on voit les anses intestinales se dessiner sous la peau. Douleur maximum au point de Mac Burney, contracture des muscles abdominaux, vomissements verdâtres, porracés, pas de selle, ni de gaz depuis deux jours.

Antécédents personnels. — Ancienne scrofuleuse, signe de bronchite chronique légère.

Glace sur l'abdomen. Piqûre de 0,01 de morphine,

14 octobre 1900. — Etat persiste, opération décidée par M. Jaboulay qui pense à une appendicite aiguë avec péritonite généralisée.

A l'incision du péritoine épaissi, il s'écoule un peu de pus, mal lié, d'une odeur repoussante. L'appendice apparaît court, trapu, long de 5 centimètres, méso très épaissi, infiltré. Pas d'adhérence.

Appendicectomie, fermeture de la paroi, mèche.

L'amélioration fut rapide, deux jours après il s'écoula du pus très fétide par la plaie, puis les phénomènes sont allés en s'atténuant.

La malade a quitté l'hôpital au milieu de novembre, complètement guérie, mais avec des signes de localisation au sommet du poumon, qui laissent quelques craintes pour l'avenir.

Examen microscopique par M. Paviot. Infiltration énorme de toutes les tuniques, pas d'ulcération, ni de points ramollis ou amincis. La muqueuse a presque disparu. Les lésions sont manifestement tuberculeuses, car on y trouve de nombreuses cellules épithélioïdes et des cellules géantes,

OBSERVATION XIX

(Observation inédite due à l'obligeance du Dr Pauchet, d'Amiens).

Appendicite tuberculeuse hypertrophique. — Résection. — Guérison.

Il s'agit d'un jeune homme qui présente deux poussées légères du côté du ventre, semblables à des appendicites avec douleur, constipation, phénomènes d'entéro-colite, avec débâcle, diarrhée et muco-membranes dans les selles. Cela ressemblait cliniquement à ces appendicites chroniques qui s'associent à la colite dite muco-membraneuse. Il n'y avait aucune lésion tuberculeuse aux poumons.

Dans l'intervalle des crises, l'empâtement persiste avec sensibilité à la pression. Il n'y a pas de température, mais le cas semble ne pas vouloir se refroidir complètement.

Le Dr Pauchet opère alors qu'on sentait encore un peu d'empâtement. Il trouve un bel appendice à parois épaisses, un

petit abcès caséeux dans la paroi et un semis de granulations bacillaires autour. Le reste du péritoine était sain, mais il y avait des ganglions tuberculeux du méso-appendice.

Résection de l'appendice. Guérison.

OBSERVATION XX

(Observation inédite. Dr Ricard, Agrégé, Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis).

Appendicite tuberculeuse hypertrophique. — Appendicectomie. — Guérison opératoire. — Complications. — Pronostic très sombre.

Mme S..., 40 ans, a été autrefois opérée pour un utérus fibromateux avec double salpingite. Elle a perdu une sœur, un frère et une fille, morts tous trois de tuberculose.

Elle est prise de phénomènes abdominaux bizarres pour lesquels elle est soignée par le Dr de Beurmann.

C'est une entéro-colite avec 39° de température le soir, inappétence, inanition, amaigrissement, *diarrhée*. Subitement, elle est prise d'une douleur très vive dans la fosse iliaque droite pendant vingt-quatre heures.

Puis rapidement la douleur s'atténue, la région reste seulement sensible à la pression, mais l'état fébrile persiste, le dépérissement s'accentue, la douleur locale existe toujours.

Une consultation a lieu entre les Drs de Beurmann, Legendre et Ricard, on pense qu'il existe des lésions d'appendicite chronique qui entretiennent cet état d'infection intestinale, et qu'il y a lieu d'enlever l'appendice.

Opération. — La laparotomie montre un appendice libre dans la cavité abdominale, mais épais et volumineux.

Ligature de l'appendice à sa base, ablation au thermocautère. Fermeture de la paroi sans drainage.

Examen de l'appendice. — Parois épaisses et volumineuses, un peu de mucus sanguinolent à l'intérieur de la cavité.

il y a quelques érosions, un piqueté hémorragique, mais pas de pus, ni de corps étrangers.

Les suites opératoires furent des plus simples et la malade quittait la maison de santé au bout de cinq à six semaines, bénéficiant d'une véritable résurrection.

Puis brusquement apparut une adénopathie cervicale gauche, qui se ramollit rapidement, puis une adénopathie semblable à droite. On fit des ponctions, des injections d'éther iodoformé, sans grand succès. L'état général redevient aussi mauvais qu'avant.

La diarrhée reparaît, la malade dépérit de nouveau. L'examen du poumon, de la gorge, du larynx pratiqué par le Dr Lubet-Barbon pour trouver la porte d'entrée de l'infection ganglionnaire reste négatif.

Cette malade est atteinte d'une véritable septicémie tuberculeuse avec forte fièvre (40°1), il n'y a plus de troubles du côté de l'abdomen, mais la malade est transportée dans le Midi dans un état très grave qui laisse peu d'espoir.

OBSERVATION XXI

(Richelot. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 23 mars 1892, p. 241).

Appendicite tuberculeuse. — Plaque tuberculeuse de la paroi cœcale. — Résection. — Guérison.

B... Jules, 28 ans, a depuis plusieurs mois des alternatives de constipation et de *diarrhée*, et de temps à autre il éprouve des douleurs dans la fosse iliaque droite. Tous les mois, il est obligé de garder le lit pendant plusieurs jours et cela coïncide avec un léger mouvement fébrile.

Il entre à Tenon le 3 janvier 1891, je lui trouve dans la fosse iliaque, une tumeur bosselée et dure, grosse comme un petit œuf et adhérente profondément. Il a bonne apparence, mais l'auscultation révèle de légers craquements aux deux sommets. *Nous pensons à la typhlite tuberculeuse*, mais

j'incline à admettre une dégénérescence tuberculeuse des ganglions iliaques, si bien que, le 19 janvier, par une incision curviligne commençant au-dessus de l'épine iliaque et finissant au milieu de l'arcade crurale, je vais à la recherche des ganglions en décollant le péritoine. Je ne trouve pas de ganglions, mais arrivé au niveau du psoas, je sens la tumeur à travers le péritoine et je vois que, pour la découvrir, il faut pénétrer dans la séreuse. Ayant fait une boutonnière suffisante, je tombe sur l'appendice adhérent, épaissi. Je le détache peu à peu et je le résèque au voisinage de l'intestin ; puis je ferme l'orifice intestinal par un triple surjet à la soie fine, prenant successivement la muqueuse, la musculeuse et le péritoine. Cela fait j'explore le cœcum et j'y trouve, en arrière de l'appendice, une plaque indurée, jaunâtre, large comme une pièce de 2 francs : c'est un foyer tuberculeux occupant l'épaisseur de la paroi. Après avoir circonscrit la portion d'intestin malade par deux pinces à mors flexibles — une certaine épaisseur de gaze iodoformée protégeant les tuniques — j'entreprends l'extipation intégrale de ce foyer. Dissection attentive et laborieuse. Dans un point, la masse tuberculeuse pénètre si profondément, qu'il faut ouvrir le cœcum en réséquant une portion de muqueuse large comme une pièce de 50 centimes. Ensuite je répare la perte de substance par quatre plans de suture à la soie fine, les deux premiers sur la muqueuse et la musculeuse, les deux derniers sur le péritoine. Les dimensions du cœcum me permettent d'obtenir ce large affrontement sans rétrécissement. Réduction de l'intestin ; suture de la paroi abdominale.

Les suites ont été fort simples et l'opéré que j'ai revu souvent depuis sa guérison est toujours en parfait état.

OBSERVATION XXII

(Richelot. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 15 octobre 1890, p. 627 et 23 mars 1892, p. 240).

Appendicite hypertrophique, très probablement tuberculeuse, prise pour une salpingite. — Ablation. — Guérison.

Irma R..., 18 ans, est malade depuis dix-huit mois au moment de ses époques, surtout des quatre dernières ; les douleurs maintenant continues siègent à droite. Elle est entrée, il y a un mois dans un service de médecine, avec du ballonnement et 39°5. Les symptômes se sont calmés, il n'y a plus de fièvre, mais la palpation au niveau des annexes droites est extrêmement douloureuse.

Elle souffre moins à gauche, mais on sent une petite tumeur mobile de ce côté.

L'hymen étant intact, le toucher vaginal est impossible, le toucher rectal montre une masse dure sur le bord droit de l'utérus.

En résumé, signes de lésions ovariennes, franchement inflammatoires, paraissant tendre vers la suppuration et difficiles à expliquer chez une vierge de 18 ans.

Il s'agit d'une affection grave, progressive, pouvant amener de grands désordres et rendant l'opération nécessaire.

Opération le 8 juillet 1890. — Laparotomie médiane. L'épiploon voilant les annexes droites est détaché ; les annexes sont saines et de volume normal. Plus on avance, plus les adhérences épiploïques sont intimes, et bientôt apparaît, au milieu des lobules adipeux, un cylindre fluctuant, gros comme le petit doigt : c'est l'appendice, étroitement accolé à la trompe et à l'ovaire, confondu avec eux dans la même masse épiploïque. L'appendice libéré avec précautions jusqu'à sa base est lié avec un gros catgut, mais sa paroi friable est coupée par le fil. On réséque alors l'appendice et on place au niveau de son insertion, trois points de suture qui ferment toute communication de la cavité intestinale au péritoine.

L'appendice dont la paroi est épaisse, est rempli de pus, mais ne contient pas de corps étranger.

L'ovaire gauche présente un gros kyste séreux qui occupe son bord libre, ablation du kyste.

Suites opératoires simples, sauf une légère suppuration qui oblige à enlever quelques fils et à placer un drain.

La jeune fille a été revue récemment, elle est en parfaite santé (séance du 15 octobre 1890).

Cette jeune fille pâle, rousse, toussant un peu l'hiver, pouvait passer pour une candidate à la tuberculose. L'appendice était rempli d'un pus grisâtre et sa paroi renfermait çà et là de petits points blancs. L'examen microscopique n'a malheureusement pu être fait, mais l'examen à l'œil nu rend assez plausible l'hypothèse de lésion tuberculeuse (séance du 23 mars 1892).

OBSERVATION XXIII

(Observation inédite due à l'obligeance du Dr Rigazzi, chirurgien de l'hôpital Austro-Hongrois « Rodolfo » du Caire).

Appendicite tuberculeuse hypertrophique. — Appendicectomie. — Guérison.

M. M..., âgé de 45 ans, se plaint depuis deux ans de fortes coliques et de *diarrhée*, avec périodes d'accalmie. Il n'y avait jamais de fièvre, toutefois le sujet n'avait aucun appétit et avait beaucoup maigri.

Opération le 1er mai 1904. — Le Dr Rigazzi fait l'incision de Roux ; à l'ouverture du péritoine épaissi, il s'échappe un peu de liquide séreux.

L'épiploon et l'appendice sont très adhérents, le vermiun est contourné, épaissi, farci de noyaux caséeux.

On en trouve également sur le cœcum dilaté et le côlon ascendant aussi haut que l'on peut voir, sans que l'on puisse apprécier la limite supérieure.

Résection de l'appendice très malade. L'examen de la pièce montre une paroi très épaissie, infiltrée de petits nodu-

les blanc grisâtre, dont le volume varie d'un grain de millet à un grain d'avoine.

Les suites opératoires furent très simples et le malade quitta le service vingt-cinq jours après, très amélioré autant au point de vue général que local.

OBSERVATION XXIX

(Professeur Rotigans, publié par Josselin de Jong. Traduction de Pégurier. — *Revue Internat. de la tuberculose*, nº 12, décembre 1902).

Appendicite tuberculeuse hypertrophique. — Résection. — Guérison.

Le malade dont il s'agit avait 36 ans ; homme fort, robuste et gros. Hérédité chargée, car sa mère ainsi que tous ses frères et sœurs étaient morts de tuberculose. Lui-même n'a jamais été malade et n'a jamais présenté de signes de tuberculose, ni de troubles intestinaux.

Il y a cinq mois, il ressentit brusquement une vive douleur dans l'abdomen surtout à droite, avec vomissements.

La douleur cessa par une injection de morphine et, le lendemain, le sujet reprit son travail.

La santé semblait parfaite lorsque, cinq mois après, la même douleur reparut dans la fosse iliaque droite avec des vomissements. La crise fut plus violente, la morphine ne put le calmer, la température monta à 38°3. On porta le diagnostic d'appendicite.

Traitement médical, repos, glace, opium, etc., en huit jours les symptômes aigus disparaissent et quinze jours après le professeur Rotigans décide l'opération.

Opération en mai 1901. Incision de la fosse iliaque droite, on trouve un cœcum normal, aucun ganglion dans le mésocœcum très graisseux.

L'appendice, situé derrière le cœcum était adhérent au péritoine de la fosse iliaque et comme en érection.

Après l'avoir lié à sa base, l'appendice fut réséqué aussi

près que possible du cœcum. La muqueuse cœcale ainsi que la paroi du cœcum paraissaient normales.

L'ouverture dans le cœcum fut fermée par une double suture de points continus. Fermeture de la paroi abdominale.

Pas la moindre trace de tuberculose ne fut constatée dans le champ opératoire. Guérison rapide, il persista seulement pendant quelque temps une petite fistule qui se ferma rapidement.

En examinant la pièce, M. Josselin de Jong fut frappé de l'épaississement présenté par les parois de l'appendice et qui portait sur la muqueuse, la musculeuse et même la séreuse.

Enfin sur la muqueuse, il y avait un grand nombre de tumeurs plus ou moins volumineuses, foncées ou rouge sang contrastant avec la couleur grisâtre du fond et que l'on prit d'abord pour de petits papillomes L'examen microscopique montra qu'il s'agissait de tuberculose. On trouva des cellules géantes, des tubercules et même un bacille de Koch.

OBSERVATION XXV

(Tédenat. — *In* thèse Veirat. Montpellier, 1904).

Appendicite tuberculeuse hypertrophique. — Ablation. — Péritonite par perforation secondaire. — Mort.

C..., 24 ans, étudiant, entre salle Barthez, le 3 mai 1903, pour douleurs généralisées à tout l'abdomen.

A eu une fièvre typhoïde à 20 ans, sujet robuste et jouissant habituellement d'une bonne santé.

Il a commencé à souffrir, il y a un an et demi, de coliques passagères, durant une demi-minute, revenant trois ou quatre fois dans la journée et apparaissant trois ou quatre fois par mois. Leur maximum était au niveau de l'ombilic. Ces phénomènes ont duré un an.

Le ventre n'était pas ballonné, jamais de vomissements, le malade n'avait jamais été obligé de garder le lit.

Depuis six mois, ces douleurs sont beaucoup plus vives et reviennent tous les quatre jours, obligeant le malade à garder

le lit depuis un mois avec des alternatives de *diarrhée* et de constipation. Il y a eu des vomissements d'abord alimentaires, puis fécaloïdes.

Le malade a beaucoup maigri depuis six mois, il ne tousse pas et les poumons paraissent sains. Appétit nul, langue très sale.

Abdomen ballonné, les anses intestinales distendues se dessinent sur la paroi, ventre sonore. Le palper, un peu douloureux à droite, ne montre ni tumeur, ni empâtement ; un peu d'ascite. Le diagnostic est hésitant entre une appendicite, une tuberculose intestinale, une entéro-colite d'origine appendiculaire. On pense plutôt à cette dernière affection.

Opération le 7 mai 1903. — Laparotomie médiane. Quantité notable de liquide clair dans le péritoine. Intestin distendu. Le cœcum est haut situé, près de l'ombilic. L'appendice, comme en érection, est collé contre la paroi antérieure du cœcum, à laquelle il adhère fortement. Il est libéré avec prudence et réséqué à sa base. Le moignon, touché au thermocautère, est enfoui avec du fil de lin. Une mèche de gaze est laissée dans l'abdomen.

Fermeture de la paroi.

Les suites opératoires furent normales et le 6 juin, un mois après, il restait à peine une fistulette de 1 centimètre de profondeur, au niveau du drainage par la mèche, lorsque brusquement, le 29 juin, tout change.

Le malade souffre du ventre, son facies est tiré, jaunâtre, il a de la diarrhée.

Le 30, vomissements verdâtres, douleurs abdominales très vives. Le soir par la fistulette s'écoulent des matières fécales. Il s'est fait une ulcération secondaire de l'intestin et péritonite généralisée consécutive. Mort dans la nuit.

L'examen microscopique de la pièce, pratiqué par le Dr Bosc, a montré qu'il s'agissait d'appendicite tuberculeuse hypertrophique.

OBSERVATION XXVI

(Terrier. — Note sur une typhlite tuberculeuse simulant le cancer de la région. Hartmann et Pilliet. — *Bull. Soc. Anat.*, 31 juillet 1891, p. 471).

Appendicite tuberculeuse hypertrophique. — Ablation. — Guérison opératoire.

Egyptienne de 25 ans, sans antécédents héréditaires, a eu pendant l'enfance une suppuration de l'oreille droite ayant entraîné la surdité, elle a eu le choléra à 3 ans, la fièvre typhoïde à 9, anémie grave à l'époque de la puberté, mais s'est rétablie et bien portée jusqu'à l'hiver dernier. A cette époque la malade fut prise de coliques, de *diarrhée* revenant à intervalles variables, s'accompagnant d'amaigrissement et de sueurs. Les règles, toujours régulières jusqu'alors, cessèrent le 18 janvier et ne reparurent plus. Malgré cela, la malade ne s'était pas alitée et conservait son appétit.

Le 26 janvier, elle fut prise de douleurs abdominales qui la forcèrent à s'aliter, la maladie entra dans une nouvelle phase. Le ventre reste ballonné, poussées fébriles, douleurs abdominales, *diarrhée constante*, infecte, résiste à tous les traitements. On a pensé d'abord à une salpingo-ovarite, puis tous les médecins se sont ralliés au diagnostic de périty phlite, toutes les médications employées restèrent sans succès.

La malade était pâle, amaigrie, le ventre ballonné ne se laissait pas réprimer, submatité et vive sensibilité dans la fosse iliaque droite. Rien aux poumons.

Le professeur Terrier pensant à un petit foyer suppuré juxta-appendiculaire, avec péritonite chronique péricœcale, décide l'intervention.

Opération le 12 mai 1891 par le professeur Terrier. — Sous l'anesthésie, on constate l'existence dans la fosse iliaque droite d'un boudin dur, remontant vers le flanc et semblant faire corps avec la paroi du bassin.

Laparotomie. — A l'ouverture du péritoine, il s'écoule un

peu de liquide ascitique, le côlon et le cœcum apparaissent rouges, vasculaires, recouverts de granulations rougâtres du volume d'un grain de mil. Ce gros intestin est entouré de graisse épaissie et sclérosée, qui rend difficile la recherche de l'appendice. Celui-ci est ratatiné en même temps qu'épaissi, il forme une espèce de corne volumineuse adhérente au cœcum et à la terminaison de l'iléon. Libération et hémostase. L'appendice est alors ouvert, il ne renferme pas de corps étranger. Muqueuse grisâtre, boursouflée, cavité communique largement avec le cœcum. Section de l'appendice à sa base. Curettage, puis écouvillonnage du cœcum avec une éponge imprégnée de sublimé. Les parois scléro-adipeuses, friables et rigides de l'appendice ne se laissent pas affronter pour la suture. M. Terrier se contente de lier avec un fil double entrecoisé dont il fixe les extrémités aux lèvres de la plaie abdominale. Drain. Fixation de l'épiploon à la lèvre interne de la plaie. Fermeture de la paroi.

Suites opératoires des plus simples ; disparition de la fièvre et des douleurs, la malade sortit en excellent état. Depuis, nous avons appris que les symptômes ont partiellement reparu, et qu'il s'est déclaré une *péritonite tuberculeuse*.

L'examen microscopique a montré une hypertrophie considérable des parois avec lésions tuberculeuses indubitables.

Appendicite tuberculeuse ulcéreuse.

OBSERVATION XXVII

(Observation inédite due à l'obligeance du Dr Abbé de New-York).

Tuberculose ulcéreuse de l'appendice ayant envahi l'intestin, le péritoine et les annexes droites. — Appendicectomie. — Mort.

Miss L..., 40 ans, amaigrissement depuis plus d'un an ; de temps en temps sueurs nocturnes, dysménorrhée progressive. N'a jamais voulu se laisser examiner. Douleurs soi-disant sto-

macales, bas localisées, attribuées à une indigestion, mais pas assez forte pour empêcher Miss L..., d'avoir une réception et un dîner le 9 mai 1896, quoiqu'elle souffrît beaucoup. Le soir elle est vue par le Dr Emerson, puis par le Dr Abbé, après une journée plus mauvaise, température 39°4, pouls 110. Douleur appendiculaire aiguë, tumeur de dimensions moyennes, mais très nette dans la fosse iliaque droite. Abbé conseille une opération pour le lendemain.

Opération le 10 mai 1896. — La température est tombée à 38°, bon pouls, pas de vomissements, la malade se sent mieux, la sensibilité reste la même.

A l'incision il s'échappe une once de liquide séreux, jaune citrin. Le péritoine couvrant le fond du cœcum et des anses adhérentes est couvert de granulations, plus nombreuses du côté de l'appendice. L'intestin grêle est solidement adhérent dans le bassin au fascia pelvien et au fond du cœcum, la trompe et l'ovaire sont enfouis dans cette masse. L'appendice en est péniblement dégagé. Pas d'abcès, excision. Pendant cette libération, l'intestin grêle friable est déchiré. Suture soignée, drainage. Fistule stercorale au troisième jour, la température reste haute, devient hectique et la malade meurt en six semaines de tuberculose généralisée.

A l'œil nu, on voit un ulcère perforant au milieu de l'appendice. L'examen histologique (professeur Durham) montre l'appendice infiltré de tuberculose, les lésions les plus marquées étant au niveau de l'ulcère et rayonnant de là vers l'extérieur à travers les autres tuniques.

Abbé pense que dans ce cas le processus tuberculeux a manifestement débuté par la muqueuse appendiculaire.

OBSERVATION XXVIII

(Dr Max Behr. — Mittheilungen aus den Grenzgelicten der Medicin, 1904, 13, p. 221).

Appendicite tuberculeuse ulcéreuse. — Trouvaille d'autopsie.

K... L..., 29 ans, cigarier, vu le 12 octobre.

Père mort de jaunisse, la première femme de tuberculose pulmonaire, deux enfants morts tout petits. Seconde femme paraît saine.

Aucun antécédent personnel, mais est obligé de vivre dans un air poussiéreux. En automne 1902, refroidissement, toux, crachats sanglants, point de côté à droite, transpirations nocturnes ; à la suite de cette maladie il a maigri de 25 livres.

K... est de constitution faible. Il ne se plaint d'aucune douleur, respiration un peu courte, peu de toux et de crachats. Va régulièrement à la selle. Rien dans les urines. Pas de fièvre.

A l'examen, le 12 octobre 1903, on trouve une lordose de la colonne vertébrale, un enfoncement de la partie inférieure du sternum et de la matité au sommet droit en avant et en arrière, le sommet gauche ne sonne pas comme il faut.

L'examen des organes abdominaux ne donne aucun renseignement, ne provoque aucune douleur.

L'examen des crachats est négatif au point de vue tuberculose.

13 novembre. — Le malade est toujours dans le même état.

28 novembre. — Le sujet se sent moins bien, il n'a pas de fièvre.

30 novembre. — Il est très mal, dyspnée violente, température à 38°, pas de douleur, le pouls petit monte jusqu'à 170 pulsations La dyspnée est de plus en plus violente et il meurt à minuit.

Autopsie le lendemain, sujet amaigri.

Adhérences pleurales très serrées, lésions tuberculeuses caséeuses des deux poumons, avec cavernes.

Cœur, foie, reins, rate normaux.

Le jejunum et l'iléon présentent quelques ulcérations à contenu caséeux. L'appendice est beaucoup plus long que d'habitude (16 cm.), il présente un mésentère trop court pour cette longueur, si bien qu'il est presque tordu sur lui-même. Il est rempli d'une masse jaunâtre demi-molle et présente de nombreuses ulcérations dont quelques-unes sont plus larges que celles de l'intestin.

Le cœcum ne présente absolument aucune lésion.

L'examen pratiqué par le Dr Marckwald de Barmen a montré qu'il s'agissait de tuberculose pure.

OBSERVATION XXIX

(Delorme. *Gaz. des Hôpitaux*, 5 mai 1892, p. 502).

Appendicite tuberculeuse ulcéreuse. — Ablation. — Guérison.

Ch..., 21 ans, entre à l'hôpital le 31 décembre 1891. Il a été pris brusquement, en juillet, de douleurs abdominales assez vives, sans siège précis, avec vomissements alimentaires. Cette crise ne dura qu'un jour et jusqu'en décembre, le sujet put faire un service assez dur sans incidents.

Le 28 décembre, nouvelle crise, avec nausées, vomissements alimentaires puis bilieux, douleurs abdominales localisées à la fosse iliaque droite ; *diarrhée séreuse*, qui force le malade à se lever plusieurs fois et dure quatre ou cinq jours.

La température atteint 40°, douleur en urinant, léger empâtement à droite.

A son entrée dans le service, mauvais état général, facies altéré, ventre un peu ballonné, empâtement au-dessus de l'arcade de Fallope.

La palpation est douloureuse à ce niveau.

Sommets douteux, expectoration muco-purulente, jamais d'hémoptysies ; pas d'antécédents personnels ou héréditaires.

Tout est prêt pour l'intervention, d'autant plus que les douleurs et la température avaient augmenté. Le lende-

main tout se calme, puis nouvelle élévation de température *diarrhée* et apparition d'un foyer infectieux au mollet droit. Incision profonde sans issue de pus.

Le 11 mars 1892, troisième crise avec coliques, douleurs violentes à droite, *diarrhée abondante*, douleurs en urinant, l'empâtement iliaque reparaît, œdème du pied droit ; développement anormal de la saphène. On sent au-dessus de l'arcade de Fallope, parallèle et faisant corps avec elle, une tumeur mate et immobile, mal limitée en dehors.

L'intervention est décidée. Incision parallèle à l'arcade, conduit sur le cœcum fixé intimement à la paroi de la fosse iliaque. Décollement avec précaution, au niveau de la partie terminale, on met à découvert une petite poche, comme une noisette, remplie de magma caséeux semblable à du mastic. Sur la face postéro-inférieure du cœcum, à laquelle l'épiploon adhérait solidement, se trouvait une masse de la grosseur d'un marron fibroïde, lardacée, friable, formée probablement par le mésentère. Dans cette masse, l'appendice se trouvait englobé à son origine. A la sortie de cette gangue, il se portait horizontalement en dedans, du côté de la vessie à laquelle il adhérait, ce qui explique les douleurs à la miction.

La partie libre de l'appendice, soit sur plus de 4 centimètres de longueur, était d'un calibre très réduit, flasque, creusée comme rongée d'ulcérations profondes et irrégulières. On détacha la plus grande partie de la gangue fibroïde, l'appendice fut lié et enlevé, le foyer antiseptisé. Le malade guérit *per primam*.

OBSERVATION XXX

(Karewski. — Société de Méd. Int. de Berlin, 11 janvier 1896).

Appendicite tuberculeuse ulcéreuse. — Résection. — Guérison.

Le malade est un enfant de 5 ans qui, un an auparavant, avait présenté une appendicite légère. L'exsudat s'était résorbé et il ne restait plus qu'une petite tumeur indurée. Peu de mois

après, l'enfant se mit à boiter et on lui trouva une coxalgie au début, en même temps que l'exsudat augmentait de volume. Quand M. Karewski vit l'enfant, il trouva tous les signes d'une appendicite chronique et conseilla l'intervention. La laparotomie montra l'existence d'un appendice avec des ulcérations tuberculeuses, il fut réséqué et l'enfant guérit.

OBSERVATION XXXI

(M. Letulle. — *Revue de la Tuberculose*).

Appendicite tuberculeuse ulcéreuse compliquée d'appendicite aiguë infectieuse. — Opération.

Jeune homme de 26 ans, tuberculeux pulmonaire, reçu dans le service du Dr Letulle à Boucicaut (1904).

Pendant les cinq premiers mois de son séjour dans le service, ce malheureux eut à subir cinq poussées d'appendicite aiguë, caractéristiques par leur forme circonscrite et par les vomissements répétés auxquels chaque crise donnait lieu. Epuisé par ces attaques subintrantes, le malade réclamait une intervention. Malgré ses hésitations, basées sur l'idée qu'il avait d'une *appendicite chronique tuberculeuse*, M. Letulle finit par céder aux instances du malade.

L'appendice fut extrait sans peine, bien qu'adhérent, et on y trouva deux ordres de lésions très différentes.

D'une part on trouve nettement une tuberculose avancée de la muqueuse appendiculaire. Les placards caséeux s'y montrent nombreux, étalés, parsemés de cellules géantes et saillantes dans la cavité appendiculaire incomplètement remplie de pus caséeux.

D'autre part, sur les points où la muqueuse n'est pas encore détruite par la tuberculose, il est facile de reconnaître des lésions de l'appendicite aiguë folliculaire, non tuberculeuse. Les lymphatiques sont gorgées de leucocytes infectés par une lésion aiguë, térébrante, classique.

Ce cas fort net montre que l'appendicite tuberculeuse sait

se compliquer d'appendicite aiguë simple, ordinaire, ressortissant comme toute autre appendice communément infecté, à l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION XXXII

(Letulle. — *In* thèse Lesueur).

Appendicite tuberculeuse ulcéreuse simulant une appendicite à répétition. — Mort par pyopneumothorax tuberculeux.

B... Maurice, 21 ans, serrurier, entre à Boucicaut le 11 mai 1899.

Pas d'hérédité tuberculeuse. Diphtérie en 1896, tousse toujours depuis cette époque.

En 1897, pneumonie droite.

En novembre 1899, crise douloureuse dans la fosse iliaque droite diagnostiquée appendicite ; il avait déjà eu auparavant plusieurs crises semblables.

B... est malade depuis trois semaines, lorsqu'il se décide à venir à Boucicaut. Il présente les symptômes d'un épanchement abondant de la plèvre droite, avec de la fièvre (38°5). Une ponction retire 1500 grammes de liquide purulent. On fit de la sorte plusieurs thoracentèses, puis apparut un pyopneumothorax.

Le 11 octobre éclata une nouvelle crise d'appendicite, avec douleur très vive, mais sans autres réactions sérieuses.

Le 2 février 1900, vomique de pus fétide.

Le 22 février, nouvelle crise très douloureuse, la température atteint 39° avec de grandes ocillations, l'état général s'aggrave de plus en plus et le malade succombe le 4 mars 1900, deux jours après la vingt-cinquième thoracentèse.

L'autopsie montra des lésions de tuberculose pulmonaire avancée, tuberculose du rein droit, trois ou quatre petites ulcérations du cœcum, deux ou trois tubercules saillants dans l'appendice, et trois ou quatre ulcérations tuberculeuses. Le reste de l'intestin est intact.

OBSERVATION XXXIII

(Letulle. — *In* thèse Lesueur).

Appendicite tuberculeuse, ulcéreuse, simulant une appendicite aiguë. — Pas d'opération. — Mort de tuberculose pulmonaire.

A... Rose, 24 ans, couturière entre dans le service de M. Letulle, le 8 août 1898.

Deux de ses sœurs sont bacillaires, elle-même fut atteinte d'adénite cervicale à 7 ans.

A 15 ans, premières hémoptysies ; elle en a eu souvent depuis, avec anémie, toux et troubles digestifs.

En août 1898 elle entre pour la première fois dans le service, où l'on constate des symptômes évidents de tuberculose pulmonaire droite.

Elle en sort un an après très améliorée, ayant engraissé de 6 kilos.

Elle revient en décembre 1899, la tuberculose ayant envahi tout le poumon droit et attaqué le gauche.

Le 25 décembre, la malade ressent brusquement une douleur intense dans la fosse iliaque droite ; on pose le diagnostic d'appendicite, régime lacté, glace sur le ventre.

La douleur devient de plus en plus vive, au point de provoquer une syncope. Vomissements bilieux, *diarrhée*, le ventre n'est pas ballonné. Température aux environs de 39°, comme avant la crise d'appendicite.

La douleur se calme à droite, mais se localise à gauche le 2 janvier. On pense alors à une salpingite. Mais le toucher vaginal ne révèle aucune lésion de ce côté, la douleur se calme ; la constipation remplace la diarrhée.

Le 24 janvier, abondante hémoptysie, vomissements fréquents, la *diarrhée* reparaît. A partir de ce moment, l'état général est de plus en plus mauvais, la cachexie fait de rapides progrès et la mort survient le 11 février 1900.

Autopsie. — Tuberculose cavitaire des deux poumons.

Kyste hydatique du foie. Quelques ulcérations à la fin de l'iléon, dans le cœcum et sur la valvule iléo-cœcale. Deux ou trois îlots tuberculeux du côlon. Adénite tuberculeuse avec noyaux calcaires du méso cœcum.

Appendice très volumineux, très dilaté, présente une foule d'ulcérations tuberculeuses ; un sixième à peine de la muqueuse est conservé. Méso-appendice épaissi, sans adhérences.

OBSERVATION XXXIV

(Richelot. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 23 mars 1892, p. 244).

Appendicite tuberculeuse sans signes cliniques, trouvaille d'autopsie.

« Mon interne Morestin a rencontré par hasard un autre cas d'appendicite tuberculeuse, en assistant à l'autopsie du nommé S..., mort d'une maladie intercurrente dans le service de Cuffer, à Tenon. Un foyer tuberculeux occupait les deux derniers centimètres de l'appendice et le reste de l'intestin ne présentait aucune lésion. »

OBSERVATION XXXV

(Lembruski (L.). — *Now lek. Poznan*, 1904, XVI, 58-63).
Appendicitis tuberculosa.

Il m'a été impossible de me procurer cette observation.

Appendicites tuberculeuses avec perforation et péritonite généralisée.

OBSERVATION XXXVI

(Hallowell. — *Americ. Journ. of the Med. Sciences*, 1838, Vol. XXII, p. 127).

Appendicite tuberculeuse perforée. — Péritonite généralisée.

Fillette de 9 ans, de santé médiocre depuis quelques semaines, présente une toux persistante et une douleur dans la

fosse iliaque droite. Un médecin, sans la voir, prescrivit trois pilules purgatives qui eurent un violent effet. Hallowell vit la malade le lendemain et trouva une tumeur nette à droite avec sensibilité exquise à la pression, météorisme et vomissements noirs qui continuèrent jusqu'à la mort le lendemain.

L'autopsie à laquelle assistèrent Warrington, Pearce, Pepper et Hallowell montra une tuberculose du poumon droit, une péritonite généralisée et un appendice solidement adhérent à l'origine du côlon avec, à sa base, une petite perforation du diamètre de deux lignes. Les glandes mésentériques près de l'appendice, étaient grosses et tuberculeuses. « Il est probable, fait remarquer l'auteur, que, par suite d'un dépôt de matière tuberculeuse et du ramollissement ultérieur, il se produisit une ulcération des tuniques appendiculaires. Mais l'ouverture étant petite et le contenu de l'appendice en petite quantité, l'inflammation n'était pas suffisante pour donner naissance à des symptômes aigus. Ce ne fut que, lorsque sous l'action des drastiques les sécrétions des cryptes muqueuses de l'intestin augmentèrent considérablement et qu'il se produisit des efforts intestinaux violents, que le contenu de l'intestin se déversa dans la cavité péritonéale, donnant naissance aux symptômes aigus que nous avons décrits et causant la mort en quelques heures. »

OBSERVATION XXXVII

(Letulle. — *In* Thèse, Lesueur).

Appendicite tuberculeuse perforante. — Abcès péri-appendiculaire rompu dans la grande cavité péritonéale. — Mort.

B... E..., 30 ans, entre le 11 mars 1886 dans le service de M. Letulle avec des lésions du sommet droit ; il toussait, la voix était enrouée, inappétence, langue saburrale.

Le 22 mars, les traits sont un peu tirés, facies hippocratique. La palpation du ventre montre dans la fosse iliaque

droite une tumeur pâteuse, un peu douloureuse spontanément et à la pression.

On prescrit un lavement glycériné.

Le 23 mars, dans la soirée, il y a deux selles *diarrhéiques*.

Le 24 mars, vomissements alimentaires, le facies est péritonéal, les traits tirés ; pouls rapide. L'empâtement de la tumeur est un peu moins considérable. Dans la journée fréquents vomissements bilieux, *diarrhée*, les extrémités se refroidissent progressivement, mais la conscience est conservée et le malade meurt en parlant à 11 heures du soir.

L'*autopsie* montra une péritonite aiguë généralisée ; l'appendice présente, à 1 cm. 1/2 de son extrémité, une perforation donnant accès dans une collection péricœcale, qui s'est elle-même rompue dans la grande cavité péritonéale. Il y a des ulcérations tuberculeuses du cœcum et des follicules clos saillants, mais non ulcérés, de la fin de l'iléon. La tuberculose pulmonaire est étendue à tout le poumon droit et discrète au sommet gauche.

OBSERVATION XXXVIII

(Mosher. — *Brooklyn. Med. Journ. Février*, 1903).

Péritonite aiguë généralisée par perforation d'un appendice tuberculeux. — Mort trois mois après.

Le malade dont il s'agit eut une crise aiguë d'appendicite le 13 avril 1903 ; température 40°5, pouls à 120, pas de vomissements, shock considérable, sensibilité du ventre, abdomen distendu.

Il avait eu une attaque de pneumonie dix ans auparavant dont il s'était guéri très lentement, puis il avait été en excellente santé jusqu'à maintenant.

L'opération fut décidée et rapidement exécutée l'après-midi même, six heures après son entrée à l'hôpital.

A l'ouverture du ventre, on trouve la cavité péritonéale pleine de séro-pus.

Le péritoine et les organes de la région étaient parsemés de tubercules miliaires, l'un d'eux placé sur l'appendice s'était évidemment rompu, amenant ainsi la perforation de cet organe non loin de son extrémité libre.

L'opéré guérit lentement, mais après cinq semaines, on le fit changer de climat, bien que la température fût encore au-dessus de la normale.

Il mourut trois mois après de tuberculose miliaire généralisée.

OBSERVATION XXXIX

(*In* Thèse Favre).

Perforation tuberculeuse de l'appendice observée par M. Volz (*Annuaire des Sciences médicales*), *publiée par le Dr Conrad à Erlangen*, t. III, p. 236, 1849.

Un soldat, bien portant jusque-là, mourut vingt-quatre heures après son admission à l'hôpital de Carlsruhe, avec tous les symptômes d'une péritonite. A l'autopsie on trouve des exsudations péritonéales ; l'appendice présente à son milieu un trou avec bords grisâtres, déchirés. La surface interne est entourée *d'abcès jaunâtres et de concrétions caséeuses*. On ne trouve pas de corps étrangers.

Appendicites tuberculeuses perforées. Péritonite localisée.

OBSERVATION XL

(*In* Thèse Bodart. Paris, 1844).

Affection tuberculeuse générale. — Perforations tuberculeuses de l'appendice. — Foyer purulo-fécal circonscrit dans la cavité péritonéale. — Mort.

Homme de 30 ans, de faible constitution, entre à l'Hôtel-Dieu le 16 février 1844 avec tous les symptômes de la phtisie

à la période de ramollissement. Il accusait aussi des douleurs répandues dans tout l'abdomen, qui était tuméfié et surtout une douleur très forte dans la fosse iliaque droite. Dans cette région, on trouve de la matité à la percussion et, à la palpation, une fluctuation très obscure. *Diarrhée* considérable alternant avec des sueurs copieuses.

Malgré l'application de sangsues, puis de frictions mercurielles, la maladie évolua rapidement et le sujet succomba le 10 avril, se plaignant jusqu'à la fin d'une douleur vive dans la région cœcale, mais n'ayant jamais présenté de nausées ni de vomissements.

Autopsie. — Lésions tuberculeuses banales des deux poumons, cavernes aux sommets.

Sérosité dans le péritoine, granulations tuberculeuses, sur toute la séreuse.

Dans la fosse iliaque droite, on trouve une cavité de la capacité d'un œuf de poule, avec du pus mêlé à une petite quantité de matières fécales délayées.

Elle me parut limitée en dedans par le grand épiploon, qui adhérait à la paroi abdominale et à l'appendice au niveau de sa base et formait comme une paroi tendue, limitant en dedans le foyer purulent. En dehors le fascia iliaca, doublé de ses muscles, servait de limite. Dans cette cavité flottait l'appendice vermiculaire, plissé un peu sur lui-même par des adhérences, mais communiquant facilement avec la cavité cœcale. Il présentait à son origine, une première perforation de deux lignes de diamètre, puis plus loin, trois autres perforations moins grandes. Je fendis alors l'appendice afin d'examiner sa face interne : la muqueuse était altérée, ramollie, présentait des ulcérations profondes au niveau desquelles on apercevait de la matière tuberculeuse, sous forme de détritus jaunâtres.

L'extrémité libre de l'appendice était également perforée, et présentait un orifice béant, frangé, résultat d'une altération tuberculeuse.

Il n'existait aucune communication du foyer avec la cavité du péritoine.

OBSERVATION XLI

(Delorme. — *Gazette des hôpitaux*, 5 mai 1892, p. 502).

Appendicite tuberculeuse avec abcès enkysté. — Diagnostic étiologique posé d'avance. — Ablation. — Guérison.

M..., 21 ans, entre au Val-de-Grâce, service du Dr Antony avec diagnostic d'embarras gastrique fébrile, le 19 décembre 1891.

Il a été pris quelques jours avant, de frissons violents et de céphalée. Vives douleurs dans l'abdomen, céphalée, bourdonnements d'oreille, gargouillement dans la fosse iliaque droite. Température 40°. Ni diarrhée, ni constipation, ni vomissements. Ces signes persistent, et cinq jours plus tard on constate l'apparition de râles fins aux deux sommets, qui font porter le diagnostic de tuberculose aiguë thoraco-abdominale. Rien, à cette époque, ne pouvait faire songer à une lésion cœcale appendiculaire.

Un mois après, à la suite d'un effort de toux cet homme accuse une douleur vive du côté droit du ventre, surtout au-dessus de l'arcade de Fallope, sans aucun autre symptôme. Tout se calme en trois jours.

Le 13 février 1892, les lésions pulmonaires sont assez nettes pour que le soldat soit réformé. Le jour même il est pris d'une troisième crise abdominale : douleurs, vomissements, facies grippé, pas de fièvre.

La palpation n'est pas douloureuse au point de Mac Burney, mais plus bas, au-dessus de l'arcade de Fallope. On trouve à ce niveau une tumeur boudinée, régulière, absolument fixe, parallèle à l'arcade et mate, dure, sans fluctuation.

Plusieurs hypothèses sont mises en avant mais on s'arrête au diagnostic d'appendicite avec déplacement en bas et en avant. De plus, en raison des accidents pulmonaires présentés par le sujet, de ses antécédents familiaux (son père cra-

che le sang), en l'absence de toute réaction péritonéale intense, *on pense à une typhlo-appendicite tuberculeuse.*

L'incision, parallèle à l'arcade, conduit sur le cœcum très épaissi et intimement soudé à la paroi. Libération pénible, qui fait découvrir, entre le cœcum et la paroi, une cavité à plusieurs diverticules, de la capacité d'un œuf de pigeon, remplie de fongosités violacées, vasculaires, avec du liquide séreux, sans grumeaux et sans odeur.

L'appendice était libre dans la poche. Dans l'étendue de 2 à 3 centimètres, à partir de son implantation cœcale, il était régulier, turgescent, gros comme un crayon. Dans la plus grande partie de sa longueur, il avait un calibre de moitié moindre, était flasque, non friable, creusé d'ulcérations profondes et irrégulières. La paroi cœcale était épaissie mais paraissait d'aspect normal. Ablation de l'appendice, la poche fut touchée au chlorure de zinc, pansement à l'iodoforme, guérison *per primam.*

OBSERVATION XLII

(Delorme. — *Bull. Soc. Chir.* de Paris, 30 mars 1892, p. 260).

Abcès enkysté de la fosse iliaque par perforation d'un appendice tuberculeux. — Opération. — Guérison.

Pendant un séjour que je fis à Fourmies, un de mes confrères me pria de voir un de ses malades, ouvrier de 30 ans, qui présentait des symptômes non douteux de tuberculose pulmonaire.

Depuis une douzaine de jours, il avait ressenti des douleurs vives dans la fosse iliaque droite avec nausées, constipation, météorisme et température élevée.

Je constatai une collection iliaque, péricœcale, étendue. Je fis une laparotomie qui me conduisit sur un vaste épan-

chement fétide et me fit voir un cœcum dont la paroi, régulière par petites places, était recouverte de masses fongueuses, adhérentes, très vasculaires. Ces altérations s'observaient de distance en distance, surtout près de l'extrémité du cœcum. Le petit intestin et l'extrémité cœcale étaient englobés dans une masse indurée, dans laquelle il me fut impossible de reconnaître l'appendice.

Aucun corps étranger.

La rapidité et la nature des accidents me firent penser chez cet homme à une perforation de l'intestin ou de l'appendice ; les accidents pulmonaires et l'aspect fongueux de la poche, à une lésion tuberculeuse de l'intestin.

Après avoir antiseptisé cette poche, je refermai l'abdomen et ce blessé guérit avec une suppuration peu prolongée.

OBSERVATION XLIII

(Kirmisson, *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 16 octobre 1895, p. 620).

Appendicite tuberculeuse aiguë. — Volumineux abcès pelvien. — Laparotomie. — Guérison.

Il s'agit d'un grand garçon de 20 ans, émacié, présentant des lésions pulmonaires tuberculeuses étendues, qui a été pris, il y a trente-six heures, d'une violente douleur dans l'abdomen, suivie de vomissements alimentaires, puis bilieux. Le ventre était uniformément ballonné, les muscles de la paroi, contracturés. Tout l'abdomen était douloureux, mais avec maximum évident à droite. A noter également aussi un point douloureux à gauche. Pouls petit, filiforme, à 140, température 39°, vomissements incessants. A ce tableau il était impossible de méconnaître une péritonite aiguë dont le point de départ était dans une lésion de l'appendice, l'intervention est décidée. Laparotomie parallèle à l'arcade de Fallope. Le péritoine incisé, les anses intestinales apparurent agglutinées par des fausses mem-

branes infiltrées de pus. De l'extrémité supérieure de la plaie s'échappe un peu de pus. L'appendice est impossible à trouver.

Nous souvenant du point douloureux dans la fosse iliaque gauche, nous exerçâmes des pressions en ce point. Bien nous en prit, car de l'angle inférieur de la plaie jaillit un flot de pus. Il s'en écoula une quantité considérable. Lavages à l'eau boriquée stérilisée, deux gros drains dans le petit bassin. Pansement à la gaze iodoformée.

Immédiatement après l'opération, les vomissements et les douleurs de ventre cessèrent. Au premier pansement la suppuration est très minime, une injection d'eau bouillie ressort propre.

Le 23 août, le malade a plusieurs *selles diarrhéiques*, le pansement est souillé de matières fécales, il y a donc une petite fistule intestinale, quelques vomissements, mais la température reste à 37, état général satisfaisant.

A partir de ce moment, il y a une *diarrhée* très abondante que l'on combat par le nitrate d'argent, et qui entraîne un affaiblissement inquiétant, bien que la plaie soit satisfaisante.

Le 2 septembre on supprime les drains. A partir du 15, la diarrhée cesse, le malade peut s'alimenter, la plaie est presque guérie et le patient peut être considéré comme sauvé.

L'examen bactériologique du pus a montré la présence en abondance du *b. coli commune*. D'autre part, l'existence de lésions tuberculeuses évidentes du côté du poumon, la *diarrhée profuse* après l'opération, nous font penser qu'il faut attribuer à des ulcérations tuberculeuses l'origine des accidents.

OBSERVATION XLIV

(Karewski. — Société de Méd. Int. de Berlin, 11 janv. 1896).

Appendicite tuberculeuse avec abcès enkysté. — Appendicectomie. — Mort.

Il s'agit d'un enfant de 2 ans, très cachectique, qui présentait deux grosses tumeurs à droite et à gauche du ventre.

La laparotomie montra que la tumeur de gauche était formée par des tissus infiltrées, couenneux, remplis de pus caséeux. A droite on trouve un appendice tuberculeux dans un abcès enkysté. L'enfant succomba à la *péritonite chronique.*

OBSERVATION XLV

(Observation inédite due à l'obligeance de M. Rollin, interne des Hôpitaux. La pièce a été présentée à la Société Anatomique, février 1903).

Appendicite tuberculeuse chez un bacillaire. — Perforation. — Mort.

Il s'agit d'un homme de 49 ans, tuberculeux pulmonaire à la troisième période, cachectique et présentant des phénomènes de tuberculose intestinale, douleurs, *diarrhée*, sans selles sanglantes, ventre constamment météorisé. Pendant son séjour à l'hôpital, ce malade se plaignit à plusieurs reprises de douleurs dans la fosse iliaque droite, qui furent mises sur le compte de son entérite bacillaire.

Il n'avait d'ailleurs pas de vomissements.

La fièvre constante révélait le type de la fièvre des tuberculeux cavitaires.

A ce moment, le malade meurt brusquement.

A l'autopsie, en dehors des constatations positives faites au niveau des poumons, des plèvres, de l'intestin, on trouve le foie gras et un appendice perforé avec abcès péri-appendiculaire.

Les coupes histologiques ont montré qu'il s'agissait d'une appendicite tuberculeuse.

Appendicites tuberculeuses compliquées de fistules pyo-stercorales.

(Bouilly. — *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 7 mars 1892).

Péritonite subaiguë. — Laparotomie. — Fistule stercorale par perforation d'appendice tuberculeux. — Appendicectomie. — Mort secondairement.

Le 16 août 1888 je fis la laparotomie à une malade qui présentait depuis deux mois et dix jours les symptômes d'une

péritonite subaiguë suppurée. Les phénomènes péritonéaux s'amendèrent de suite; mais l'amélioration générale fut lente et entravée par des accidents pulmonaires. Les jours suivants il s'établit par la plaie de l'incision une fistule stercorale.

Le 27 décembre de la même année, je rouvris la plaie et je pus me convaincre que la cause primitive de la péritonite et de la fistule était une perforation probablement tuberculeuse de l'appendice iléo-cœcal. Cet organe fut isolé et réséqué : l'écoulement stercoral cessa ; mais, quelques mois plus tard, la cicatrice se désunit, et la malade succomba en mars 1889 aux progrès de la tuberculose abdominale et pulmonaire.

OBSERVATION XLVII

(Observation inédite due à l'obligeance de M. le Dr Brunswic-le-Bihan, chirurgien de l'hôpital Sadiki à Tunis).

Appendicite tuberculeuse, tuberculose iléo-cœcale secondaire. — Fistules pyo-stercorales. — Mort.

Arabe de 25 ans environ, entre pour une appendicite aiguë datant de quelques jours, avec symptômes habituels, mais sans plastron.

Incision de Roux, il s'écoule du pus mal lié. La découverte et la résection de l'appendice sont très pénibles à cause d'adhérences multiples, traces d'attaques d'appendicites antérieures.

Peu après l'opération, le Dr le Bihan part pour la France, Il retrouve son opéré cachectisé, avec un mauvais état général. La plaie est blafarde, décollée, sans tendance à la cicatrisation. On sent une masse profonde correspondant à la région iléo-cœcale. Peu à peu le malade décline, des lésions pulmonaires apparaissent puis, localement, il se forme des fistules pyo-stercorales et finalement le patient meurt dans le marasme.

A l'autopsie on trouve une tuberculose iléo-cœcale, consécutive probablement aux lésions de l'appendice enlevé quelques mois auparavant.

OBSERVATION XLVIII

(F. Cathelin. — *Presse Médicale*, 20 juillet 1898, p. 30.)

Appendicite tuberculeuse avec abcès lombaire et fistule pyo-stercorale. — Opération. — Mort.

L... Louise, 10 ans, entre à l'hôpital de Berck le 10 août 1897 pour un mal de Pott lombaire.

Antécédents héréditaires bacillaires, elle-même a eu une enfance maladive, mais sans affections graves.

Il y a deux ans, elle eut une première crise de coliques appendiculaires ; à la suite d'une série de ces crises très douloureuses, l'enfant entra à l'hôpital, d'où elle fut envoyée à Berck. On trouve les deux fosses iliaques libres, sans douleur, ni empâtement. Mais en faisant coucher la malade sur le ventre, on aperçoit une tuméfaction comme un œuf de poule allant de la région lombaire à la partie supéro-externe de la fosse iliaque droite. Aucun signe de tuberculose vertébrale. L'enfant a un mauvais état général.

Ponction exploratrice de la tumeur, il sort du pus et des gaz à odeur très forte, on est donc en présence d'un abcès lombaire septique. Il est ouvert immédiatement, il s'en dégage une odeur stercorale des plus nettes. La suppuration persista avec fièvre et aggravation de l'état général, ce qui décide une intervention plus radicale.

Le 11 octobre 1897, large incision parallèle aux dernières côtes, on pénétra dans une cavité fongueuse se prolongeant dans la fosse iliaque derrière le cœcum.

On retire des produits de mortification avec une petite masse stercorale. On porte le diagnostic d'appendicite chronique sans rechercher la perforation. Drain, les lèvres de la plaie sont rapprochées par quelques points de suture.

Amélioration immédiate, chute de température; la plaie se referma sauf une petite fistule pyo-stercorale. Malgré cela, l'état général restait toujours mauvais, lorsqu'en janvier apparut un abcès à la fesse. Incisé, il donna passage à une

grande quantité de matières fécales, véritable anus contre-nature spontané.

Cette situation dura jusqu'en mai avec un état général médiocre, mais sans diarrhée, ni constipation ; il n'y a pas de lésions pulmonaires bien nettes.

Le 18 mai 1898, incision de toute la région lombaire droite en se guidant sur la sonde cannelée introduite par la fistule supérieure. On trouve un véritable cloaque lombaire, au fond duquel on aperçoit la fistule appartenant sans doute au côlon ascendant. Le péritoine n'est pas ouvert. Pour donner plus de jour, on reséque une partie de l'os iliaque et on ferme l'orifice intestinal avec quatre plans de suture à la soie. Curettage des parois de la poche, deux drains, rapprochement des bords de la plaie par quelques fils. Pansement compressif.

L'enfant a été opérée dans un mauvais état général, sérum, caféine, champagne.

Les premiers jours, quoique très faible, elle n'allait pas trop mal lorsqu'au quatrième jour, après une selle très douloureuse, elle fut prise de tremblements nerveux, de syncope, la température monte à 39° et après une nuit très douloureuse, elle mourut dans le coma.

Autopsie. — Pas de péritonite. Le cœcum est petit ; entre lui et la paroi se trouve l'appendice presque verticalement dirigé en dehors et en haut, il est fixé dans cette position par des adhérences.

La fistule siège sur le côlon ascendant près de l'angle colique droit. Il faut enlever toute la pièce avec une partie de la paroi lombaire pour se rendre compte des lésions. La suture intestinale n'a pas lâché, mais au-dessous d'elle s'ouvre un petit orifice qui n'est autre que l'extrémité de l'appendice perforé et qui avait passé inaperçu au cours de l'opération.

L'appendice paraît sain macroscopiquement ; il y a trois ulcérations tuberculeuses du cœcum, le reste de l'intestin est sain.

Adénites tuberculeuses du mésentère et au niveau du pan-

créas, ainsi que dans le thorax et le médiastin. Quelques granulations discrètes au sommet gauche.

L'examen microscopique de l'appendice pratiqué par M. Letulle a montré qu'il s'agissait bien de tuberculose, on n'a pu trouver de bacilles.

OBSERVATION XILX

(Observation inédite, due à l'obligeance du Dr C. Daniel, interne des hôpitaux).

Appendicite tuberculeuse compliquée d'ovarite tuberculeuse droite. — Ablation. — Fistule pyo-stercorale. — Mort.

La nommée G..., Jeanne, 38 ans, artiste dramatique, entre à Beaujon, salle Jarjavay n° 2, en août 1904, pour des douleurs pelviennes.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels dignes d'être signalés. Pas de grossesse, ni d'infections génitales, mène une vie fatigante et malsaine, à cause de sa profession ; mais s'est assez bien portée jusqu'à ces dernières années. Elle a commencé à souffrir, il y a deux ans, dans le bas-ventre et à droite, elle constate aussi des irrégularités et des douleurs dans la menstruation, ce qu'elle n'avait jamais remarqué jusqu'alors.

Ces douleurs sont presque continuelles avec des accalmies légères, mais à aucun moment elles n'ont présenté les caractères d'une crise d'appendicite et jamais elles ne se sont accompagnées de symptômes pouvant faire penser à cette affection.

Les douleurs se calment par le repos, mais la malade se met à tousser et maigrit, elle est soignée pendant trois mois pour des lésions bacillaires du sommet gauche. A ce moment elle entre à Beaujon. Par le palper abdominal, on ne localise rien de pelvien ou d'iliaque, seulement douleur à la pression profonde. Par le toucher, utérus partiellement mobile, fixé à droite. Annexes gauches petites, volumineuses au contraire

à droite, comme le poing, masse régulière, douloureuse, très adhérente à l'utérus et mobilisable avec lui, adhérente aussi à la paroi pelvienne. On porte le diagnostic de volumineux pyosalpinx ancien.

Opération le 18 août 1904. — Laparotomie sous-ombilicale médiane. L'S iliaque, une anse grêle et une languette épiploïque adhèrent au bloc utéro-annexiel. Libération pénible, l'anse grêle est dénudée sur une surface de 50 centimes, enfouissement de cette portion cruentée. Extirpation des annexes et de l'utérus par le procédé américain, en allant de gauche à droite. Ce n'est qu'après cette ablation que l'on voit apparaître l'appendice à l'angle supérieur droit du ligament large correspondant. L'appendice est en situation pelvienne entouré d'adhérences et de produits caséeux. Sa pointe ulcérée, ramollie, se perd dans les tissus friables péri-annexiels. Résection. Péritonisation, drainage, fermeture de la paroi.

Examen des pièces. — Peu de lésions de l'utérus ni des annexes gauches. La trompe droite, au contraire, est énormément épaissie, mais ne présente pas de lésions bacillaires visibles à l'œil nu, tandis que l'ovaire forme une tumeur du volume d'un œuf de poule, formé de granulations tuberculeuses caséifiées par places. L'appendice enfin, gros comme un porte-plume est ulcéré à son extrémité libre, sa pointe est restée adhérente aux tissus caséeux du petit bassin. La paroi épaissie de 4 millimètres, infiltrée de tubercules caséeux, avec des points jaunes très nets, donne l'impression d'une trompe tuberculeuse. Il s'agissait en somme de tuberculose appendiculaire accompagnée d'une *ovarite tuberculeuse droite.*

Les suites opératoires furent d'abord fort simples, mais au quatrième jour apparut une fistule stercorale qui résista à tous les traitements médicaux. La malade s'affaiblit de plus en plus et meurt en octobre.

A l'autopsie, on trouva que l'origine de la fistule était le moignon appendiculaire. Il y avait également une adénite caséeuse de tous les ganglions mésentériques de la région.

OBSERVATION L

(Delore et Patel. — *Revue de Chirurgie*, 1901, p. 35).

Fistule pyo-stercorale de la fosse iliaque droite, consécutive à une appendicite tuberculeuse. — Iléo-colostomie. — Exclusion unilatérale. — Mort.

F..., 40 ans, entrée le 12 juillet 1900 dans le service du Pr Poncet.

Adénites cervicales dans l'enfance, s'est bien portée depuis. Il y a six mois, douleurs vagues à droite, sans phénomènes péritonéaux très marqués, quelques vomissements. Il y a quatre mois, après quinze jours de douleurs, un abcès assez volumineux s'ouvrit au-dessus de l'arcade crurale droite, créant une série d'orifices en pomme d'arrosoir, donnant du pus et des matières fécales. La malade se cachectise rapidement.

Il y a quatre fistules à bords décollés, la plaie est violacée, plastron dans la fosse iliaque.

La malade souffre de coliques, de *diarrhée rebelle*, entrecoupée de constipation.

Rien à la colonne vertébrale. Un peu d'albumine dans les urines.

17 juillet 1900. — Opération par M. Delore. Incision des trajets fistuleux qui conduisent dans une cavité rétrocœcale. Contre-ouverture à la région lombaire. Ce simple drainage est insuffisant, la femme se cachectise de plus en plus.

1er août. — Deuxième intervention par M. Delore. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le cœcum est libre, mais l'appendice remontant en arrière du cœcum jusqu'à la crête iliaque est fixé dans un énorme paquet d'adhérences, qui englobent de nombreuses anses grêles. Section de l'intestin grêle à 10 cm., du point adhérent. Fermeture en bourse de ce côté. Le bout libre du grêle est abouché au côlon ascendant par un bouton de Murphy-Villard, anastomose termino-latérale.

Suites opératoires très simples. Pas de température. fonctions digestives régulières, expulsion du bouton au douzième jour.

Malgré la diminution de l'écoulement de pus et la disparition des matières fécales, la cachexie persiste. Albuminurie. Œdème des membres inférieurs.

Mort le 29 août.

L'autopsie montra que l'anastomose était solide, le péritoine sain. L'appendice baignait dans un vaste foyer purulent iliaque, il était à moitié détruit. Une anse grêle perforée communiquait par plusieurs orifices avec l'abcès iliaque.

OBSERVATION LI

(Observation inédite due à l'obligeance du Dr Grinda, de Nice).

Appendicite tuberculeuse. — Fistule purulente durant cinq ans. — Guérison.

Il s'agissait d'un enfant de 11 ans, dont le père était tuberculeux avec des cavernes (il est mort depuis), la mère et la sœur sont bien portantes.

L'affection débuta en « coup de pistolet » pendant une récréation, probablement par perforation de l'appendice. Traitement médical classique, repos, diète, opium, glace sur le ventre. Il se forma un abcès enkysté qui fut simplement ouvert le dixième jour.

Rien jusqu'ici n'autorisait à conclure à une appendicite tuberculeuse, mais il s'est établi une fistule qui a duré plus de cinq ans. Cette fistule, qui donnait du pus, mais pas de matières fécales, fut curettée par le Dr Grinda ; elle était remplie de fongosités d'apparence nettement tuberculeuses.

Cet enfant est maintenant parfaitement guéri et très vigoureux. Mais, si les parents avaient voulu soumettre l'enfant à une opération radicale de sa fistule et à l'ablation de son appendice, il n'y a nul doute que la guérison eût été beaucoup plus rapide.

OBSERVATION LII

(Observation inédite due à l'obligeance du Dr Girod).

Appendicite tuberculeuse suivie de fistules purulentes. — Opération. — Guérison.

D..., 38 ans, pharmacien, entre à Tenon le 12 novembre 1902.

Il a été opéré, il y a six mois, au milieu d'une crise aiguë d'appendicite ; le chirurgien se contenta d'ouvrir un énorme abcès de la fosse iliaque. Un abondant écoulement de pus suivit l'intervention, il diminua peu à peu, mais ne tarit jamais. La plaie se comble lentement, mais il est resté des fistules qui se ferment et se rouvrent assez fréquemment.

Actuellement le malade est amaigri, pâle, d'aspect cachectique. Il tousse mais ne présente aucune lésion pulmonaire nette. Pas d'appétit, selles régulières, parfois même un peu de *diarrhée*.

Localement, sur une cicatrice d'incision de Roux, on voit quatre fistules laissant écouler un pus assez liquide. Un stylet pénètre très profondément, il existe de l'induration tout autour de la cicatrice. La pression provoque une légère douleur.

Opération le 19 novembre. — Incision immédiatement en dedans de la cicatrice. En suivant les fistules, on arrive dans une sorte de poche irrégulière, remplie de magma friable, caséeux, ayant pour paroi en dehors et en haut les adhérences d'un épiploon rougeâtre extrêmement épaissi. Après beaucoup de peine, on finit par dissocier les adhérences péricœcales et par retrouver un moignon d'appendice. Le cœcum lui-même, semble malade dans sa région inférieure, il est très épaissi et induré. On en résèque une portion en enlevant l'appendice. Drain, suture de la paroi. Les suites furent normales.

Le 22 novembre, ablation du drain ; le 29, on enlève les fils.

L'opéré sort le 15 décembre, complètement guéri.

L'examen microscopique des lésions n'a malheureusement

pu être fait, mais leur aspect macroscopique ne laissait aucun doute sur leur nature tuberculeuse.

OBSERVATION LIII

(Michaux. — *In* Thèse Lécureuil. Paris, 1900).

Appendicite tuberculeuse. — Fistule cœcale consécutive. — Suture du cœcum, puis résection du cœcum. — Mort. — Autopsie.

B..., cantonnier, âgé de 35 ans, entre le 1er septembre 1899 à Broussais, dans le service de M. le Dr Michaux.

Ce malade a été opéré, il y a quelques mois dans le même service pour une appendicite tuberculeuse. Il rentre pour une fistule cœcale consécutive à l'opération.

Trajet fistuleux, au sommet de l'incision, donnant peu de pus. L'exploration au stylet conduit assez loin. Le malade dit qu'il rend des gaz par sa fistule.

Opération le 4 septembre. — On tombe tout de suite sur une masse fort épaisse et adhérente d'épiploon rouge, infiltré, très difficile à décoller. Recherche du moignon appendiculaire. Une grande partie de l'épiploon qui le cache est amenée au dehors. La paroi antérieure du cœcum apparaît rouge noirâtre, extrêmement friable, se déchirant sous la pince. Le moignon appendiculaire se déchire, mais est néanmoins réséqué. La fistule considérablement agrandie permet de voir la cavité cœcale. On fait sur le cœcum un surjet au catgut.

Résection de l'épiploon infiltré de nodules tuberculeux, on a affaire, en somme, à un foyer localisé de tuberculose péritonéale à forme fibreuse.

Une coupe de ces tissus est pratiquée et l'examen microscopique montre nettement la nature tuberculeuse des lésions.

Suites opératoires normales jusqu'au 8 septembre. Ce soir-là, dans un effort de toux, le malade sent un écoulement se faire dans son pansement. On constate que du liquide mêlé

à des matières fécales noirâtres a suinté en petite quantité par la partie supérieure de la plaie.

Les jours suivants état local stationnaire, mais mauvais état général.

Le 20 septembre, la partie inférieure de la plaie s'ouvre et une nouvelle plaie se forme donnant issue à des matières fécales.

Le 15 octobre, ouverture large de la cicatrice, lavages de toute la plaie. Amélioration de l'état général.

En janvier 1900, la plaie persiste, large, à bords arrondis, rouge. Au fond d'une sorte de sillon, on voit la muqueuse intestinale bosselée. Les matières fécales sortent presque exclusivement par cet orifice.

Tous les huit jours seulement il y a une selle par le rectum.

En explorant la plaie, le doigt entre directement dans le cœcum.

M. Michaux se décide à réséquer le cœcum. Libération laborieuse de cet organe fusionné avec des tissus infiltrés de tuberculose. On l'enlève avec la peau qui lui adhère après avoir mis une pince-clamp sur le côlon ascendant et une autre sur l'intestin grêle. Entéro-anastomose par bouton de Murphy. Le lendemain soir, oppression, facies anxieux. Syncope.

Le surlendemain, mauvais état, affaissement profond. On enlève les fils, il ne sort rien.

Aggravation de l'état général, asphyxie progressive. Mort.

A l'autopsie, déchirure du cœcum au ras du bouton de Murphy ; tout autour, de vieux foyers tuberculeux.

Poumon infiltré de tubercules.

OBSERVATION LIV

(Nicaise. — *Revue de chirurgie*. 1896, p. 386).

Appendicite tuberculeuse avec perforation. — Péritonite suppurée enkystée tuberculeuse. — Opération. — Fistule pyo-stercorale. — Mort.

Femme de 27 ans, sans antécédents héréditaires. Trois gros-

sesses normales, le dernier enfant est mort peu après sa naissance. La malade souffre depuis cette époque (sept. 1883). A son entrée dans le service on constate des douleurs hypogastriques, du ballonnement du ventre, pas de vomissements, mais de la *diarrhée*. Par le toucher rectal, on sent profondément une tumeur tendue, rénitente, presque fluctuante et qui paraît siéger entre l'utérus et le rectum.

Par le palper abdominal, facile et peu douloureux, on sent au niveau de l'ombilic une large plaque, mollasse à sa partie centrale, plus résistante à la périphérie. A la percussion, matité très nette au centre, submatité à la périphérie. Pas d'œdème ni d'empâtement de la paroi, état général mauvais, farcies terreux, 39°6 le soir.

Traitement interne tonique pendant quelque temps, mais l'état général s'aggrave, *diarrhée d'odeur infecte,* l'opération est décidée, malgré l'incertitude du diagnostic.

Laparotomie sous-ombilicale, un peu à droite de la ligne blanche. On tombe sur une fausse membrane grisâtre, dure et très épaisse qui est également incisée. Il s'écoule alors par l'ouverture 1 litre de pus d'odeur infecte. Lavage à l'eau boriquée. Drain.

A la suite de cette intervention, amélioration de l'état général ; la fièvre diminue. Lavage de la cavité deux fois par jour à l'eau boriquée, mais aucune tendance à la cicatrisation et, peu après, formation d'une fistule pyo-stercorale. Bientôt la fièvre reparaît et la cachexie arrive.

Un mois après l'opération, phlébite de la jambe gauche, puis œdème de la paroi abdominale et, le 15 janvier, phlébite de la jambe droite. L'état général s'aggrave de plus en plus, fièvre à 40°, albumine dans les urines.

Mort le 20 février.

Autopsie. — L'incision de l'abdomen conduit dans la poche purulente très étendue et à peu près circulaire. Elle est tapissée par une fausse membrane grisâtre, épaisse, très adhérente en avant à la paroi abdominale, en arrière aux anses intestinales. Elle présente une quantité de petits points blanchâtres, ramollis, qui paraissent être des tubercules caséeux. On voit en

bas et à droite, sur la face antérieure du cœcum, à l'insertion de l'appendice, une large perforation de cet intestin.

La muqueuse est en ectropion et forme un large champignon rougeâtre. En dedans de la perforation on voit l'appendice disposé en cercle et complètement infiltré de matières caséeuses. Il y a en outre des ulcérations sur les fausses membranes. Petites granulations blanchâtres, tuberculeuses sur les anses intestinales. Tuberculose des ovaires et des trompes. Granulations tuberculeuses des deux poumons, confirmées par l'examen histologique. Caillots adhérents dans les veines fémorales et iliaques, remontant jusqu'à la veine cave.

OBSERVATION LV

(Observation inédite due à l'obligeance du Dr Pauchet, d'Amiens).

Tuberculose d'un appendice contenu dans le sac d'une hernie crurale. — Abcès froid, fistule. — Appendicectomie. — Guérison.

Jeune fille de 25 ans, qui présentait deux fistules pyo-stercorales, sous-jacentes à l'arcade crurale. Elle souffrait de phénomènes abdominaux, douleur, *diarrhée tenace* depuis deux ou trois mois.

Aucune lésion tuberculeuse aux poumons ou sur un autre organe.

L'opérateur fit une incision transversale au-dessus de l'arcade crurale et parallèle à elle. On vit alors qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses d'un appendice contenu dans une petite cavité pleine de pus d'abcès froid.

Les parois de cet abcès étaient constituées par le sac d'une hernie crurale, qui s'était ulcéré, perforé et avait donné lieu aux fistules. Il fallut libérer, décoller et isoler le cœcum qui était très adhérent. On réséqua l'appendice avec une portion du cœcum pour faire une suture en tissu sain. Ablation des trajets.

La guérison fut parfaite, sans récidive ni généralisation.

OBSERVATION LVI

(Reclus. — *Bulletin médical*, 25 juin 1893.)

Typhlite et appendicite tuberculeuses. — Opération. — Fistule pyo-stercorale. — Deuxième opération. — Mort.

En janvier 1892, un imprimeur de 20 ans entre à la Pitié pour une douleur dans la fosse iliaque droite. Le chef de service, M. Polaillon, constate un empâtement profond et conclut à une typhlite inflammatoire. Il opère et trouve un foyer tuberculeux. Il referme la plaie, après incision de l'appendice déjà caséifié, mais une fistule pyo-stercorale se forme, et le 12 novembre, on tente une nouvelle intervention pour oblitérer le trajet. Les résultats furent d'abord satisfaisants et l'écoulement se tarit, mais ne tarda pas à reparaître.

M. Reclus prend possession du service à la fin de décembre et trouve le malade très amaigri, épuisé par une *diarrhée* continuelle, avec une phlegmatia alba dolens. Il est dans une telle cachexie qu'on n'ose l'opérer et il meurt peu après.

Autopsie. — Tuberculose discrète des deux poumons.

Maximum des lésions dans la fosse iliaque droite où l'iléon, le cœcum, le côlon ascendant et l'appendice forment un foyer agglutiné, rempli de masses caséeuses, et où s'ouvrent les fistules. L'appendice, recourbé sur la face antérieure du cœcum auquel il adhère intimement, est hypertrophié. La séreuse, la musculeuse sont doublées ou triplées de volume, sa cavité est remplie de matière tuberculeuse jaunâtre, crue à la périphérie et ramollie au centre. Quelques ganglions caséeux dans le méso-cœcum.

ORSERVATION LVII

(Reynier. — *Bull. Soc. chir.*, 2 mars 1892, p. 170).

Appendicite tuberculeuse. — Opération. — Fistules pyo-stercorales multiples. — Mort.

Le Dr Reynier donne ses soins en 1882 à un jeune homme de 25 ans, fils et frère de phtisique, opéré il y avait cinq mois par M. Gosselin pour une typhlite. Simple ouverture d'un abcès de la fosse iliaque droite. Il s'était formé une fistule.

Peu de temps après nouvel abcès de la fosse iliaque droite il est ouvert par le Dr Reynier, le pus ressemblait à celui d'un abcès froid, si bien que le chirurgien chercha inutilement une lésion du côté de l'os iliaque. A la suite de cette incision, il s'établit une fistule stercorale qui se ferma spontanément.

Mais de nouveaux abcès avec trajets fistuleux se formèrent un du côté de l'ombilic, l'autre dans la masse sacro-lombaire. Ils furent ouverts, grattés, et ces trajets ressemblaient à ceux qui succèdent aux lésions tuberculeuses.

Malgré toutes ces interventions, on ne put tarir la suppuration et au bout d'un an de souffrance, le malade mourait d'anémie par dégénérescence amyloïde du rein. Bien que l'autopsie n'ait pu être faite, le Dr Reynier pense qu'il a eu affaire d'une façon indubitable à une lésion tuberculeuse.

OBSERVATION LVIII

(Richelot. — *Bull. Soc. Chir.*, 23 mars 1892, p. 240).

Appendicite d'origine probablement tuberculeuse. — Opération. — Fistule pyostercorale. — Guérison.

Garçon de 18 ans, entré dans un service de médecine en septembre 1888 pour des douleurs abdominales, sorti le mois suivant, revenu le 1er février dans le même service, traité d'abord médicalement, puis passe en chirurgie.

Le 20 février 1889, l'incision iliaque donne 200 grammes de pus, le doigt pénètre dans un large foyer traversé par des brides. Quelques jours après, vomissements, légère hypothermie, facies péritonéal, issue de matières fécaloïdes et suppuration abondante. Les matières cessent de couler et la suppuration diminue à partir du 20 mars, l'état général se relève et le malade nous quitte le 6 mai bien portant, mais ayant encore une fistulette au-dessus de l'arcade crurale. C'était un garçon chétif, blafard, dont la mère avait des hémoptysies, et pouvant être considéré sans preuves absolues comme un tuberculeux.

OBSERVATION LIX

(Observation inédite due à l'obligeance du Dr Rigazzi chirurgien de l'hôpital « Rodolfo » au Caire).

Appendicite tuberculeuse avec masses caséeuses et granulations péritonéales. — Appendicectomie. — Fistule prostercorale.

N... Yusel, 16 ans, souffre depuis huit mois de troubles digestifs divers, sur lesquels il donne peu de renseignements, et les signes physiques observés font porter le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

Opération le 10 janvier 1905. — Laparotomie. On trouve l'appendice rempli de masses tuberculeuses caséeuses. Le péritoine est parsemé de noyaux tuberculeux de la grosseur d'un pois ou d'une petite noisette.

Ablation de l'appendice qui paraît très malade.

Les suites opératoires furent d'abord simples; mais le 1er février la température monte à 40°. On trouve une tuméfaction très douloureuse dans la région opérée. La palpation de l'épigastre fait trouver une masse dure et douloureuse qui se continue vers la cicatrice. La ponction de cette tuméfaction laisse échapper un jet de pus tuberculeux et l'état général semble s'améliorer après cette intervention.

Mais l'écoulement de pus ne tarit pas et le malade quitte

le service le 15 février 1905 avec une fistule pyo-stercorale. L'état général ne s'est pas amélioré.

OBSERVATION LX

(Ruotte. — *Bulletins de la Société de Chirurgie de Lyon*, 2 avril 1903, p. 140).

Appendicite tuberculeuse. — Fistule pyo-stercorale consécutive. — Résection iléo-cœcale. — Mort.

Le malade était un jeune soldat, sans antécédents héréditaires ou personnels, qui, en juin 1902, avait été opéré à Albertville pour une appendicite à marche aiguë. Au dire du malade, la veille de l'opération la température était montée à 41°, et après incision, il s'écoula une grande quantité de pus. Un drain placé dans la cavité fut laissé vingt-huit jours en place à cause de la persistance de la suppuration. Au pus était mélangé parfois une très petite quantité de matières intestinales. En même temps, les ganglions de l'aine du côté gauche se tuméfiaient considérablement et un abcès froid s'ouvrait au-dessous de l'arcade crurale, dans le triangle de Scarpa.

C'est dans cet état que le malade arrive à l'hôpital Desgenettes le 5 décembre 1902, porteur d'une fistule au niveau de la cicatrice consécutive à l'intervention et d'un abcès ganglionnaire à gauche.

A la palpation, on sent dans la fosse iliaque comme une petite masse dans la profondeur, sensible à la pression. Une sonde assez grosse, introduite dans l'orifice, se porte en haut et en dehors pendant 5 à 6 centimètres. On a la sensation qu'elle est dans un trajet et non dans une cavité. Elle ramène un peu de pus, d'odeur intestinale. En pressant, on fait sourdre quelques gouttes de pus mélangé de matières intestinales. Craquements aux deux sommets des poumons.

D'après cela le diagnostic était : fistule consécutive à une appendicite, *d'origine fort probablement tuberculeuse.*

L'appendice n'avait pas été enlevé lors de la première intervention.

Le malade présentait de temps en temps des *troubles diarrhéiques*, mais rien ne permettait de songer à une lésion importante de l'intestin.

Après incision sur le trajet de la fistule, on voit que le cœcum est également malade. Adhérent de tous côtés, il est tellement friable, qu'il suffit d'essayer de le décoller pour le déchirer ; la paroi s'effondre sous le doigt. Nous branchons alors sur notre incision une seconde incision perpendiculaire qui se porte vers le flanc et essayons de décoller le cœcum par sa face interne. Après des manœuvres assez longues, nous arrivons à attirer tout le paquet au dehors, le cœcum déchiré en plusieurs endroits.

Nous reconnaissons très nettement l'appendice, gros, friable et perforé à son insertion au cœcum.

Résection de 6 centimètres d'iléon et de 10 centimètres de gros intestin, puis anastomose latérale au bouton de Murphy. Ablation de quelques ganglions volumineux. Tamponnement. Drain. Fermeture de la paroi.

Tout alla bien la première semaine puis, après ablation de la mèche et du drain, apparition d'une fistule stercorale. Aggravation de l'état général et des signes pulmonaires.

Le 5 février, ouverture d'une seconde fistule, petite mais très douloureuse.

Mort le 21 mars 1903 par consomption.

L'autopsie a montré qu'il s'agissait bien de lésions tuberculeuses, diagnostic qui a encore été confirmé par l'examen histologique de la pièce dans laquelle on a trouvé des cellules géantes en grand nombre.

OBSERVATION LXI

(Pr Terrier. — *Bull. Soc. chir.*, 30 mars 1892).

Appendicite tuberculeuse avec abcès et fistule pyo-stercorale à bacilles de Koch. — Mort.

Il s'agit d'un homme de 60 ans qui fut pris en février 1890 de douleurs dans la fosse iliaque droite et qui disparurent assez rapidement.

En juillet 1890 nouvelle crise, à la suite de laquelle il persiste dans le côté droit une induration résistante. En septembre et en octobre, nouvelles crises avec *selles sanglantes*, nausées, vomissements, douleurs. M. Monod ne croit pas devoir intervenir et institue un traitement médical.

Nouveaux accidents en novembre, M. Perier diagnostiqua un épithélioma intestinal avec retentissement inflammatoire périphérique. Il ouvre une large collection purulente, lave et draine ; le malade guérit, mais il reste toujours une induration dans le flanc droit.

En janvier 1891, M. Perier est de nouveau appelé pour une *fistule anale ;* le malade reste guéri pendant trois ou quatre mois.

En mai, il est pris brusquement d'une douleur intense, 40° 5 de fièvre, une fistule intestinale s'établit et c'est alors que M. Terrier voit le malade pour la première fois. Le microscope montre une quantité énorme de bacilles tuberculeux dans le pus qui sort de la fistule.

Le malade succomba peu après à la tuberculose, sans avoir subi de nouvelles interventions.

OBSERVATION LXII

(N. Veliaminow. — Ve Congrès des médecins russes. Pétersbourg, janvier 1894).

Appendicite vraisemblablement tuberculeuse compliquée de fistule pyo-stercorale et de tuberculose iléo-cœcale. — Résection. — Entérorraphie circulaire. — Guérison.

Jeune fille de 17 ans, qui souffrait depuis deux ans d'une appendicite suppurée, compliquée, dans les six derniers mois, d'un anus contre nature. Au mois de décembre dernier, M. Veliaminow enleva 10 centimètres d'iléon et de cœcum. Cette portion d'intestin était atteinte d'ulcérations tuberculeuses et de sténose. Une entérorraphie circulaire fut pratiquée, ainsi que le tamponnement antiseptique de l'abdomen. Le cinquante-

troisième jour après l'intervention, la malade sortait de l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION LXIII

(Villeneuve. — *Marseille Médical*, 1897, p. 101).

Typhlite tuberculeuse avec fistule pyo-stercorale. — Résection du cœcum. — Mort.

T..., 29 ans. A été pris en 1882 de violentes coliques *avec diarrhée*. Douleurs localisées à la fosse iliaque droite, se manifestant aussi à gauche.

Amaigrissement considérable.

Le malade fut opéré il y a deux ans pour une grosseur de la fosse iliaque. Il en est résulté une fistule pyo-stercorale qui donne un écoulement continu. Selles par l'anus tous les deux jours. Malade très amaigri, facies tuberculeux, rien de net à l'auscultation.

Opération le 13 décembre 1890. — Incision au niveau des fistules, rencontre des tissus épais et lardacés. On découvre avec peine un cœcum épaissi, d'aspect presque cancéreux, le méso épais et dur est comme truffé de ganglions hypertrophiés. Section du cœcum, puis de l'iléon entre deux pinces. Abouchement bout à bout du cœcum et de l'iléon. Fermeture de l'autre surface de section par un surjet à la soie. Fermeture de la paroi. Drainage.

Les jours suivants l'opéré alla bien, le cours normal des matières se rétablit. Mais l'état devient de plus en plus mauvais, il y a une diarrhée que rien ne peut arrêter et qui finit par emporter le malade quarante-trois jours après l'opération alors que *la guérison opératoire était incontestablement obtenue à cette époque.*

L'examen de la pièce anatomique montra qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses du cœcum.

Il est très vraisemblable que la première opération avait été faite pour un abcès tuberculeux d'origine appendiculaire. Cette

simple incision n'a pas suffi pour arrêter la marche du processus tuberculeux qui a gagné le cœcum et a fini par emporter le malade.

Infection tuberculeuse limitée aux ganglions du méso-appendice et Appendicite tuberculeuse avec adénite du méso.

OBSERVATION LXIV

Dieulafoy. — *Semaine Médicale,* 8 octobre 1902).

Adénite tuberculeuse de l'angle iléo-cœcal. — Ablation avec résection de l'appendice. — Guérison.

Il s'agit d'une jeune Cubaine que le professeur Dieulafoy soignait en 1898 ; elle se plaignait de douleurs dans la fosse iliaque droite. A différentes reprises ces crises douloureuses avec vomissements avaient pris une notable intensité et éveillé l'idée d'une appendicite. La *diarrhée* était constante et dans l'intervalle des crises, elle était le symptôme dominant : on n'avait jamais constaté de melœna. Les digestions étaient pénibles, l'alimentation insuffisante, la malade était pâle, amaigrie et affaiblie. Elle n'avait pas de fièvre, mais gardait le lit à cause des douleurs que provoquait la marche. Le ventre est excavé, on sent à droite une tumeur comme une noix, dure, mobile et très douloureuse.

Hérédité tuberculeuse et bien que la jeune fille n'eût rien aux poumons, elle avait l'aspect d'une bacillaire. On pensa à de la tuberculose chronique du cœcum et l'intervention fut pratiquée par le Dr Gérard-Marchant.

On trouva sur le cœcum, près de son bord interne, au niveau de la fin de l'iléon, deux masses ganglionnaires juxtaposées. Un de ces ganglions présentait à sa surface un point jaunâtre. Pas d'adhérence, l'énucléation des ganglions fut facile. Bien que l'appendice parût sain, il fut réséqué. Appendice et ganglions ont été examinés au laboratoire du

Pr Dieulafoy, l'appendice paraissait sain, les ganglions *étaient caséeux*.

L'opération fut suivie d'une *amélioration rapide* et un an plus tard, on recevait les meilleures nouvelles de la santé de cette enfant.

OBSERVATION LXV

(Hamann. — *Cleveland Journ. Med.*, 1901, VI, 61).

Appendicite avec adénite tuberculeuse de la fosse iliaque. — Ablation. — Guérison.

Mary N..., 21 ans, soignée à Charity Hospital Cleveland pour une légère attaque d'appendicite. C'était la première crise, elle fut très légère et ne réclamait pas une intervention immédiate. La palpation dénotait l'existence d'une masse très nette sensible à la pression, peu de température, pouls à 80.

Elle quitta l'hôpital, améliorée en apparence, mais chez elle, la douleur reparut et elle revint trois semaines après le début de sa maladie.

On trouva alors une masse profondément située, longue de 3 pouces et large de 1, couchée obliquement sur le trajet de l'iliaque externe et plus rapprochée du ligament de Poupart qu'on ne le voit d'habitude dans les collections d'origine appendiculaire. Douleur vive à la pression, pas de fièvre, pouls normal.

Opération le 11 octobre 1900. — Appendice libre, qui fut enlevé. Pas d'exsudats autour de lui, il était couché sur le rebord de la cavité pelvienne. Les parois de l'appendice étaient épaissies, la muqueuse enflammée était le siège d'hémorragies.

La masse était rétropéritonéale, la séreuse fut donc incisée et on trouva le long de la veine iliaque quatre ou cinq ganglions du volume d'une noix.

Après avoir protégé la cavité péritonéale, les ganglions furent disséqués, mais on ne put les enlever en masse et il fallut les morceler. Curettage et, après lavage, la plaie fut bourrée de

gaze iodoformée. Pendant quinze jours, il y eut un écoulement de pus considérable, de débris de ganglions et de sang. Tout cela diminua progressivement et le 8 décembre 1900 l'opérée quitta l'hôpital entièrement guérie.

L'examen microscopique des ganglions, pratiqué par le Dr W.-E. Howard, confirma le diagnostic de tuberculose. Il n'y avait aucune autre trace de tuberculose dans l'organisme et au cours de l'opération, on ne trouva pas de ganglions mésentériques hypertrophiés. L'opérateur considère cette adénite comme secondaire à l'appendice bien que les lymphatiques de l'appendice ne se rendissent pas en général à ces ganglions. Toutefois, d'après Lockwood (*J. of. Anat. and Physiol.* n. s. vol. XIV. Part. III, p. 9), les lymphatiques de l'appendice peuvent se jeter dans les ganglions rétro-coliques et dans ceux qui longent les vaisseaux iliaques.

OBSERVATION LXVI

(Observation inédite due à l'obligeance de M. le Dr Lecène, prosecteur de la Faculté).

Appendicite tuberculeuse avec adénite. — Ablation. — Guérison.

X..., 17 ans, entre à Cochin en octobre 1900 pour se faire opérer d'une appendicite. Il y a quinze jours, ce jeune homme, toujours bien portant jusque-là, a été pris de douleurs vives dans la fosse iliaque droite avec vomissements, constipation, fièvre. Ces accidents durèrent huit jours, puis ils cessèrent presque complètement, il ne persista qu'un peu de sensibilité dans la fosse iliaque droite. Actuellement, il n'y a pas de fièvre, le pouls est bon (80).

A l'examen de la fosse iliaque, on ne sent ni plastron, ni résistance de la paroi ; par la pression profonde, on réveille un point douloureux qui correspond à celui de Mac Burney.

Après plusieurs jours de repos, on opère le malade.

Incision de Jalaguier, extirpation de l'appendice long de 10 centimètres ; assez fortement vascularisé, mais non adhé-

rent. Dans le méso, il existe trois ganglions assez volumineux qui sont enlevés, en même temps que l'appendice.

Guérison rapide, sans complications ; le malade a été perdu de vue.

A l'examen macroscopique, l'appendice ne présente que des lésions de folliculite diffuse avec épaississement de la muqueuse et points ecchymotiques. A la coupe, un des ganglions, gros comme une noisette, présente un nodule caséeux des plus nets.

L'examen microscopique est venu confirmer le diagnostic : on a trouvé un follicule tuberculeux sous-muqueux, avec cellules géantes et épithélioïdes.

De même pour les ganglions où, de plus, la recherche des bacilles de Koch a été positive.

OBSERVATION LXVII (Inédite).

(Observation communiquée par le Dr P. Mauclaire, agrégé, chirurgien des hôpitaux, recueillie par M. de Fourmestreaux, interne du service).

Appendicite tuberculeuse aiguë. — Gros ganglions dans le méso. — Ablation. — Guérison.

L... M..., 5 ans 1/2, est amené d'urgence salle Richet, le 10 janvier 1905. Il était soigné depuis plusieurs jours pour des douleurs abdominales ; mais sa sœur, infirmière du service, voyant son état s'aggraver rapidement depuis la veille, l'amène à l'hôpital Hérold.

L'enfant a un passé pathologique lourdement chargé. Ses parents toussent tous les hivers, un de ses frères a vécu quelques heures, un autre est mort de méningite, deux autres de mal de Pott et de broncho-pneumonie ; une sœur a succombé à la diphtérie. Trois autres enfants sont assez bien portants, mais l'un deux porte au cou la cicatrice d'une adénite suppurée, très vraisemblablement tuberculeuse.

Jusqu'en juillet 1904, l'enfant n'a jamais été gravement malade. A ce moment, il est pris de douleurs abdominales, le

ventre était ballonné et douloureux surtout à droite. Constipation rebelle pendant une dizaine de jours, quelques vomissements. L'enfant fut alors envoyé à Hérold, où il ne semble pas que le diagnostic ait été précisé.

A la suite de cette crise il persiste quelques douleurs abdominales ; mais, l'enfant allant mieux, il retourne à l'école.

Nouvelle crise deux mois après, en septembre, douleurs localisées à droite, vomissements, constipation, fièvre (39°). Cet état dure une dizaine de jours ; depuis, l'enfant aurait beaucoup maigri.

La crise actuelle a débuté, il y a cinq jours, le 5 janvier, par des douleurs abdominales qui sont devenues de plus en plus violentes, constipation absolue et quelques vomissements les premiers jours.

En examinant l'enfant, on est frappé de son facies péritonéal, les traits sont grippés, le visage très pâle. La température est à 40°6 et le pouls à 170. Il n'y a pas de vomissements et, contrairement aux renseignements donnés par la famille, on constate depuis le matin *deux selles diarrhéiques*. La rétention d'urine est absolue, en sondant le malade on retire 400 grammes d'urine.

Malgré cette haute température, il n'y a aucun signe de dothiénentérie, la rate est petite, pas de râles dans les poumons.

Le ventre n'est pas ballonné, la percussion ne permet pas de délimiter une zone mate, mais on constate une défense musculaire intense, surtout à droite, les douleurs irradient dans la région péri-ombilicale.

Le toucher rectal donne des renseignements négatifs.

En raison de ces symptômes, des antécédents du malade, du facies, du pouls et de la température surtout, on pense à une péritonite généralisée et une intervention immédiate est décidée.

Elle est pratiquée par M. le Dr Mauclaire aidé de M. de Fourmestreaux. Laparotomie médiane ; le péritoine ouvert, il s'échappe une cuillerée à soupe de liquide transparent, et

non point louche comme celui d'une péritonite généralisée, pas de fausses membranes, l'intestin paraît intact. — On fait alors une contre-ouverture dans la fosse iliaque droite, on fait la recherche classique de l'appendice. Quelques gouttes de liquide ascitique s'échappent encore. L'appendice est rouge, congestionné mais non ulcéré ; dans le méso, on aperçoit deux gros ganglions du volume d'une noisette. On les enlève après avoir réséqué l'appendice, l'hémostase est assez difficile à faire après cette ablation.

Suture en trois plans.

Drainage. — Le soir même, la température tombe à 38°, les jours suivants elle atteint la normale. Au bout de six jours, il y a une nouvelle ascension fébrile, due à une suppuration superficielle. Cette suppuration étant drainée, tout rentre dans l'ordre et, dans les premiers jours de février, l'enfant peut être considéré comme guéri ; on a supprimé les drains et le malade mange de bon appétit ; dans quelques jours il pourra quitter l'hôpital.

L'*examen microscopique* montre sur la majorité des coupes de l'appendice des lésions d'appendicite folliculaire banale.

Cependant, sur un certain nombre de coupes, on constate l'existence d'une formation qui semble pouvoir être rapportée à un tubercule en voie de calcification. Ce tubercule est situé dans la portion la plus externe d'un follicule clos et n'est séparé que par quelques rangées cellulaires de la sous-muqueuse. Il est constitué en son centre par une matière amorphe qui s'est en partie effritée au-devant du rasoir et qui ne prend pas les couleurs d'aniline. Autour de cette masse vraisemblablement calcaire, on voit plusieurs assises de cellules épithélioïdes séparées par quelques minces travées conjonctives. Plus en dehors encore quelques cellules embryonnaires disposées au milieu d'un reticulum conjonctif qui encapsule et isole la néoformation.

Le ganglion du méso-appendice très augmenté de volume présente comme l'appendice, une réaction inflammatoire des plus accentuées, plus même qu'au niveau de l'appendice. Sur

une des coupes on voit un tubercule microscopique. Il est constitué par un amas de cellules épithélioïdes et une cellule géante. Le centre n'est pas dégénéré.

L'inoculation au cobaye n'a pas été pratiquée, non plus que la recherche de bacille tuberculeux sur les coupes.

OBSERVATION LXVIII

(Mongie. — *Bull. de la Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*, 6 nov. 1900).

Appendicite et ganglions tuberculeux du mésentère. — Ablation. — Mort.

Enfant de 10 ans, appartenant à une famille nombreuse et dont un frère, âgé de 6 ans, a été opéré d'un abcès froid à la jambe droite. Cette enfant présentait, il y a deux ans, des signes indiscutables de tuberculose pulmonaire avec chaîne ganglionnaire cervicale et sus-claviculaire des deux côtés. A la suite du traitement général, elle fut considérablement améliorée.

Le 6 septembre, elle fut prise de fièvre, de constipation et de ballonnement du ventre.

Pendant trois jours elle resta dans cet état, puis brusquement tomba dans le coma. Ventre plus ballonné, mouvements de latéralité des globes oculaires, pas d'urines. On pense à une méningite, glace sur la tête, purgatif sans résultats.

Trois jours encore se passent dans cet état puis on constate dans la fosse iliaque droite une tumeur volumineuse, dure et douloureuse. Pas de matières. Un confrère appelé en consultation confirme le diagnostic d'appendicite déjà soupçonné.

Opération le 12 septembre. — A l'ouverture du ventre, il s'écoule un peu de liquide séreux, péritoine normal. L'appendice très long, d'aspect macroscopiquement normal, fut réséqué. Enfin, au niveau de l'angle iléo-cœcal, on trouve une masse de ganglions tuberculeux, grosse comme un œuf. Sur tout le mésentère, de 5 à 6 centimètres de distance, d'autres ganglions de la grosseur d'une noix, on en a disséqué sept de volume différent, puis le ventre fut refermé.

Les suites furent des plus simples du côté opératoire. Mais du côté de l'état général, l'enfant après être sortie de son état comateux, y retomba bientôt avec délire, carphologie, dilatation des pupilles, pouls à 140, température à 39°.

Les reins et l'intestin fonctionnent mal.

Le 18 septembre, langue rôtie, délire, température 39°.

Le 19, affaiblissement considérable, diarrhée, refroidissement des extrémités, coma.

Mort le 21 d'affaiblissement progressif.

OBSERVATION LXIX

(M. Routier. — *Bulletin Soc. Chir.*, 5 juillet 1905, p. 659).

Appendicite tuberculeuse avec adénite tuberculeuse du mésentère, tuberculose probable de la valvule iléo-cœcale. — Ablation de l'appendice et des ganglions. — Guérison constatée trois ans après.

Ch. M..., 39 ans, entre à Necker pour une affection mal caractérisée de l'abdomen avec fièvre, cet homme ne donnait aucun renseignement, à peine pourrions-nous savoir qu'il souffrait depuis une quinzaine de jours ; 40° de fièvre, pouls rapide pas d'occlusion intestinale, les points les plus douloureux étaient le foie et surtout la fosse iliaque.

Comme l'état général allait s'affaiblissant, intervention le 29 novembre 1902.

L'appendice était malade, gros, rouge, contourné, adhérent ; il fut enlevé.

« J'examinai alors toute la région iléo-cœcale, il me parut que la valvule était épaissie, dure au toucher, à travers les parois du cœcum ; mais ce qui surtout attira mon attention, ce furent des ganglions gros comme de belles amandes vertes, qui remontaient en chaîne jusqu'aux insertions du mésentère. J'enlevai trois de ces ganglions avec l'appendice. » Les inoculations furent positives, c'était de la tuberculose.

Après divers incidents le malade a parfaitement guéri ; six

mois après, il avait gagné 23 kilos et de 47 kilos était monté à 70. Il a été revu cette année en avril et se porte bien.

« Voilà un cas de tuberculose de l'appendice avec certainement une lésion de la valvule, qui a guéri après l'ablation de l'appendice et de quelques ganglions. On peut dire que si on avait laissé évoluer la maladie et si le malade avait pu en faire les frais, il aurait eu probablement plus tard de la tuberculose iléo-cœcale de la nature de celles que nous réséquons. »

OBSERVATION LXX

(Observation inédite, due à l'obligeance de M. le Dr A. Siredey, médecin de l'hôpital Saint-Antoine).

Appendicite chronique banale avec adénite tuberculeuse. — Résection. — Guérison.

A. X..., jeune fille de 14 ans, de belle apparence et de bonne santé habituelle. Réglée à 13 ans, règulièrement, elle souffre à cette époque à la partie inférieure des deux fosses iliaques, avec prédominance à droite. De plus, Mlle A... souffre fréquemment dans la fosse iliaque droite, et aussi dans toute la région sous-ombilicale de l'abdomen. Ce sont des coliques à siège vague, sans fièvre, ni malaises accentués.

Le père de Mlle A... a présenté vers 25 ans et présente encore des signes manifestes de tuberculose pulmonaire, sa mère est emphysémateuse et sujette aux bronchites.

Jusqu'en mars 1904 ces malaises étaient légers, Mlle A... n'était pas considérée comme une malade. A cette date, son frère fut atteint d'appendicite subaiguë et immobilisé pendant deux mois. Cet accident fixa plus vivement l'attention sur les malaises éprouvés par sa sœur, on porta le diagnostic d'appendicite chronique. qui fut confirmé quelques jours plus tard par le Dr Jalaguier.

Les parents acceptent l'opération, le frère et la sœur furent opérés le même jour par le Dr Jalaguier.

A l'ouverture de l'abdomen de la malade qui nous occupe, il

s'écoula un peu de liquide citrin, puis, on constata un épaississement manifeste de l'épiploon avec des franges graisseuses très développées, on voyait, à la surface de la séreuse de petites granulations miliaires, irrégulièrement disséminées.

L'appendice gros et long était très vascularisé et entouré de lobules de graisse. Sa surface, légèrement bosselée, laissait voir de petits points ecchymotiques, en même temps que sa muqueuse épaissie, bourgeonnante en certains points, présentait de très petites érosions.

Il fut enlevé sans difficulté.

Un ganglion du volume d'une noisette, situé dans le méso fut enlevé également. On distinguait à sa surface de petites granulations jaunes très caractéristiques.

Le microscope révéla au niveau de l'appendice des lésions banales d'appendicite chronique, tandis que sur les coupes du ganglion on reconnaissait plusieurs follicules tuberculeux très nets avec ses trois zones fibreuse, embryonnaire et caséeuse, avec de nombreuses cellules géantes.

A la suite de l'opération la fièvre monte à 38°2 ou 3 le soir, alors que la malade n'en avait jamais eu avant, puis tout rentra dans l'ordre et la guérison se fit sans incident.

Mais tandis que le frère reprit sa vie active au bout d'un mois et demi, la sœur dut rester immobilisée pendant ses trois mois de séjour à la campagne, une courte promenade en voiture suffisait à la fatiguer. L'examen du ventre faisait constater dans les premiers jours de novembre un empâtement diffus assez étendu au voisinage de la cicatrice, se prolongeant un peu en dedans et en bas. Pas d'ascite appréciable, rien aux poumons. Peu à peu la température diminua, les douleurs aussi et l'empâtement, encore perceptible actuellement n'a plus que la largeur d'une paume de main. Mlle A... peut mener une vie plus active, n'a pas de fièvre et l'état général, sauf un peu de pâleur du visage, est satisfaisant.

CONCLUSIONS

La question de l'appendicite tuberculeuse est récente, on s'en était occupé de 1850 à 1870 puis elle tomba dans l'oubli. Elle en sortit en 1892 avec la discussion de la Société de Chirurgie et, depuis, les observations se sont multipliées.

L'appendicite tuberculeuse est beaucoup plus fréquente que ne le disent les auteurs classiques. Sa rareté apparente tient à ce que l'examen microscopique et bactériologique de tous les appendices enlevés, n'est pas systématiquement fait.

De nombreuses théories sont présentées pour expliquer la localisation élective du bacille de Koch sur l'appendice. L'hypothèse de la *stagnation* est une des plus séduisantes.

L'appendicite tuberculeuse se présente sous quatre formes anatomiques principales.

α) *Granulation*,

β) *Ulcération*,

γ) *Hypertrophie* des parois,

δ) *Dilatation kystique* à contenu séreux ou purulent.

A ces formes il faut ajouter celle où les lésions se rencontrent exclusivement dans les *ganglions*.

L'*ulcération* aboutit :

Soit à la *péritonite généralisée* et à la mort ;

Soit à la *péritonite localisée* et aux *fistules pyo-stercorales*.

Les symptômes de l'appendicite tuberculeuse sont en général ceux de l'appendicite subaiguë évoluant

vers la chronicité chez un sujet dont les antécédents personnels ou héréditaires sont entachés de bacillose.

Le seul signe spécial, c'est que la constipation est très fréquemment remplacée par de la *diarrhée*.

Evolution lente s'aggravant par des *complications* locales ou générales et aboutissant à la fistule pyo-stercorale.

La tuberculose iléo-cœcale ne serait qu'une complication de l'appendicite tuberculeuse.

Elle se *termine* fréquemment par la mort.

Le *pronostic* est d'autant plus réservé que l'on s'éloigne davantage du début de l'affection.

Le *diagnostic* d'appendicite est facile à poser, mais sa nature tuberculeuse n'est presque jamais soupçonnée avant l'opération.

Plus encore que dans l'appendicite banale, le *traitement* est l'ablation de l'appendice aussitôt que possible, si l'état général le permet.

Pour la fistule pyo-stercorale, si les procédés simples ne réussissent pas, le mieux est de pratiquer l'exclusion bilatérale.

Savoir que l'opération peut entraîner des complications (hémoptysies, méningites, etc.).

L'anesthésie limitée par rachistovaïnisation serait préférable à l'anesthésie générale.

Vu : le Président de la thèse,
PINARD

Vu : le Doyen.
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

1759. Mestivier. — Journ. de Méd. et de Chirurg., t. X, p. 441.

1824. Longer Willermay. — Arch. Gén. Méd. Obs. pour servir à l'hist. des inflamm. de l'appendice.

1827. Meslier. — Journal Général de Méd. et Chirurg.

1837. Corbin. — Notes sur les perforat. de l'appendice. Gaz. médicale, 7 oct. 1837.

1838. Burne. — Ulcères perfor. du cœcum et de l'append. Gaz. médicale.

— Hallowell. — Am. Journ. of the Med. Sc.

1843. Valy. — Typhlite tuberculeuse. Th., Paris.

1844. Bodard. — Perfor. du cœcum et de l'append. Th., Paris. Bull. Soc. Anat.

1847. Simon. — Perforat. de l'append. cœcal. Bull. Soc. Anat., p. 135.

1851. Albers. — Ueber eine der nœchsten veranlassungen der Durchbohrung des Processus Vermif. Archiv. f. Physiolog. Heilkunde, p. 455.

1852. Broca. — Bull. Soc. Anat., p. 111.

— Dufour. — Bull. Soc. Anat., p. 212.

1853. Cless. — Canstatt's Jahresbericht, t. III, p. 187.

1857. Cless. — Medicinisches Correspondenz blatt des Wurtemberg. Aertzl. Vereins, 27 janv., 3 février.

1859. Leudet. — Recherches an.-path. sur l'ulcérat. de l'append. Arch. Gén. de Méd. Série V, t. XIV, août et sept.

1862. Cruveilhier. — Traité d'anat. path. générale, p. 668.

— Habershon. — Pathol. and pratic. obs. of diseases of the abdomen, 2e Edit., London, 1862.

1865. Crouzet. — Des perforat. spont. de l'append. Th., Paris.

1868. Blatin. — Th., Paris.
1869. Duguet. — Un cas de typhlite phlegmon. Soc. de Biol.
— Favre. — Perforat. spont. de l'append. Th., Paris.
— Lasègue. — Soc. de Biologie.
— Paulier. — Th. de Paris.
— Villemin. — Etudes sur la Tuberculose.
1870. Blachez. — Dict. Sc. Médic., t. II, p. 471. Art. Cœcum.
1873. Barré. — Th. de Paris.
1874. Colin. — Arch. de Médecine.
1877. Laveran. — Progrès Médical.
1878. Spillmann. — Tub. du tube digest. Th. Agrégat., Paris.
1884. Biedert. — Jahrbuch f. Kinderheilkunde und phys. Erziehung, XXI, Leipzig.
— Charvot. — De la tub. chirurgic. Revue de chir., p. 320.
— Nothnagel. — Beitr. z. Physiol. ù. Pathol. des Darmes. Berlin.
1885. Baumgarten. — Ueb. Tub. Berlin. Th. I.
1887. Hudson. — Transact. path. Society London, p. 112.
— V. de Strzembosz. — Typh. chez l'enfant. Th., Paris.
1888. Biggs. — Tub. de l'append. N.-York. Pathol. Society.
— Girode. — Intest. des Tuberculeux. Th. de Paris.
— Pravaz. — Pérityphl. et son trait. Th., Lyon.
— Trèves. — Lancet. London, p. 322.
— Von Hacker. — Wien. Klin. Wosch., nos 17-18.
— Wieth. — N.-York Med. j., p. 598.
1889. Bouilly. — Congrès franç. de Chirurgie.
— Czerny. — Centralb. f. Chir., p. 927.
— Maurin. — Append. et périt., append. Th., Paris.
— Suchier. — Beitr. z. Op. Behandl. Berlin, Wochensch., 617, XXVI.
— Tchistovitch. — Tub. intest. chez l'homme. Ann. Institut Pasteur, 209.
1890. — Benoit. — Etude des Append. Th., Paris.
— Dolroklowsky. — Arch. Med. Experim. (mars).
— Duguet. — Bull. Soc. Anat. (février).
— Ela. — Bost. Med. and. Surg. Journ., p. 128.

1890 Kœnig. — Centralb. f. Chir., n° 35. 30 août. 1890, p. 657-660.
— Lepoet. — Append. et son traitement. Th., Bordeaux.
— Martinez. — Diag. et trait. des append. Th., Paris.
— Richelot. — Bull. Soc. Chir., 15 oct., p. 627.
— Roux. — Rev. Méd. Suisse Romande, p. 299.
— W. Sachs. — Centralb. f. Chir. Leipzig, p. 727.
1891. — Billroth. — Wien. Klin. Wochensch., n° 34.
— Bland Sutton. — Brit. Med. Journ., fév., p. 409.
— Broca. — Bull. Soc. Anat. (décembre).
— Eldewy. — N.-York. Med. Journ., p. 585.
— Hartmann et Pilliet. — Bull. Soc. Anat., 31 juillet, p. 471.
— Hochnegg. — Sem. Médic. (septembre).
— Jonnesco. — Rev. Chir., p. 185.
— G. Lyon. — Gaz. hôpit., n° 139, p. 1276.
— Margery. — Append. infect. aiguë. Th. Lyon.
— Mariage. — Th. de Paris.
— Pilliet. — Bull. Soc. Anat. (décembre).
— Rocheron. — Th. de Lyon.
— Roux. — Rev. Medic. Suisse Romande, 505.
1892. Billroth. — Arch. f. Klin. Chir. Berlin.
— Bouilly. — Deux cas d'append. tub. Bull. Soc. Chir., 2 mars, p. 165.
— Broca. — Append. tub. Gaz. hebdom.
— Delorme. — Bull. Soc. Chir. 30 mars, p. 260.
— — Bull. Soc. Chir., 6 avril.
— — Gaz. Hôpitaux, 5 mai, p. 502.
— Estor. — Rev. Générale. Montpellier.
— Fenwick et Dodwell. — Lancet. London, 133.
— Franck. — Wien. Kl. Wochenschr., n° 27, p. 390-393.
— Jalaguier. — Art. Appendicite. Trait. Chir. Duplay-Reclus, t. VI.
— Lanz. — Corresp. blatt. f. Schweitze Aerzte (juin).
— Nannotti. — Rivist. Gen. Ital. di Clinica medica, p. 336.
— Pilliet et Hartmann. — Rech. sur l'hist. de l'append. tub. Bull. Soc. Chir, p. 237.

1892. Reynier. — Bull. Soc. Chir., 2 mars.
— Richelot. — Bull. Soc. Chir., 30 mars, p. 238.
— Sahli. — Corresp. blatt. f. Schweitz. Aerzte.
— Talamon. — Append. et Périty phl. Paris, Rueff.
— Terrier. — Bull. Soc Chir., 17 février, p. 131, 30 mars, p. 266.
1893. Reclus. — Bulletin médical, 25 juin.
— Richelot. — Bull. Soc. Chir. (juin).
— Stearns. — N.-York. Path. Soc. *in* N.-Y. Med. Records p. 25.
1894. Pilliet et Thierry. — Progrès Médic, 24 nov.
— Reclus. — Clin. Chirurg. de la Pitié, p. 317.
— Veliaminow. — Gaz. Hebdom. de Méd. et Chir.
1895. — Dieulafoy. Bull. Acad. Med. Paris, 30 avril. Sem. Médic., p. 199.
— Karewsky. — Path. u Therap. des perityphlitis.
— Kirmisson. — Bull. Soc. Chir., p. 622.
1896. Aynès. — Append. tuberc. Th., Bordeaux.
— Diet. — Th., Paris.
— Foges. — Wien. Med. Wochensch., nos 50-53.
— Fowler. — Tubercular Appendicitis. Berlin.
— Gouget. — Bull. Soc. Anat. (avril-mai).
— Nicaise. — Rev. de Chirurg., p. 386.
— Sænger. — Mittheilung. der Gesellschaft f. Geburtshulfe z. Leipzig.
1897. Born. — Append. tuberc. Th., Berlin.
— Gouget. — Pseudo-tub. localis. sur l'append. Bull. Soc. Biol., 3 avril.
— Hinglais. — Th. de Lyon.
— Karewsky. — Deux cas d'append. tub. Soc. de Méd. Int. de Berlin, 11 janvier.
— Legueu. — Appendicite (Œuvre Méd. Chir. Critzmann), 1er mai.
1897. Letulle. — Bull. Soc. Méd. Hôpitaux, 26 mars.
— Letulle et Weinberg. — Bull. Soc. Biol., 31 juillet,
— — Presse médicale, 4 août.

1898 — Arch. des Sciences Médic. de Jonnesco (sept. et nov., p. 506).
— Sonnenburg. — Un cas d'append. tub. Réun. lib. des Chir. de Berlin, janv.
1898. Apert. — Presse médicale, II, p. 343.
— C. Beck. — Append. Sammlung. Klin. Vortrage, n° 221. (Chir. n° 65), sept.
— C. Beck. — Fælle von Tuberkul. Appendicitis. N.-Y. Med. Monatschr., X, 361.
— Cathelin. — Append. tub. Presse médicale, 28 juillet, p. 30.
— Jalaguier. — Art. Appendicite in Traité de chirurgie. Duplay-Reclus, t. VI, p. 635.
— Lardennois. — Th., Paris.
— Legueu et Beaussenat. — Rev. de gynécologie.
— Senn. — Journ. amer. med. Associat.
— Von Eiselsberg. — Arch. f. Klin. chir. Berlin, VI, p. 281-322.
1899. Pesquerel. — Append. chroniq. Th , Paris.
— Tuffier et Jeanne. — Rev. de gynécol. (mai et juin).
1900. Delagenière. — Append. dans affections annexielles d'orig. diverses. Ann. de gynécol. Paris, LIV, 440.
— Dieulafoy. — Man. path. int., 14e édit., t. I, p. 533.
— Gérard-Marchant. — Bull. Soc. chir., 24 janvier.
— Lecureuil. — Fist. entéro-cutanées consécut. à l'append. Th., Paris.
— Lockwood. — Jour. of anat. and physiol. n. s., vol. XIV, part. III, p. 9.
— Mongie. — Soc. anat. et physiol. Bordeaux, 12 nov.
— Patel. — Append. tub. Lyon médic., XCV, 621.
— Terrier et Gosset. — Rev. de chir., II, p. 129.
1901. Dieulafoy. — Sem. médicale, p. 377.
— Delore et Patel. — Rev. de chirurgie.
— Hamann. — A case of append. with tub. of lymphglands. Cleveland. J. M., VI, 61.
1902. Crowder. — A case of hyperplastic tuberc. of the vermif. append. An. 5 m. Sciences. Philadelph., CXXIX, 236.

1902. De Josselin de Jong. — Rev. Internat. de la tub. (décemb.), nº 12, p. 906. Trad. de Pegurier (de Nice).

— Dieulafoy. — Sem. Médicale, 8 octobre, p. 329.

— Kraus. — Tuberk. des append. und rechtsichtig. Adnexe. Monastch. f. Geburtsh. u. Gynæk. Berlin, XV, 159.

1903. Bouglé. — Append. tub. Rev. gén. de Méd., 9 février, nº 5.

— Bouglé et Mané. — Append. tub. Société anatomiq., janv., p. 92.

— Lance. — Exclusion de l'intestin. Th. de Paris.

— Lesueur. — Append. chez les tuberculeux. Th. de Paris.

— Letulle. — Bull. Soc. Anat., juillet, p. 638.

— Mosher. — Tubercular append. Brooklyn, M.-J., XVIII, 82.

— Rollin. — Bull. Soc. Anat. (février).

— Ruotte. — Append. tub. Bull. Soc. chir. de Lyon, 2 avril.

1904. Behr. — Mittheil a d. grenzgelict des Med. u. Chir., LXXII. Ein Fall. v. Tuberk des Wurmfortsatzes.

— Belgrand. — Tub. chirurg. de la reg. iléo-qœcale. Th., Paris.

— Cumston. — Tuberc. and Appendicites Colorado M.-J. Denver, X, 353.

— Natale Palermo. — Riforma Medica, nºs 41-42.

— Veirat. — Append. tub. Th., Montpellier.

— Verliac. — Différentes formes de tub. intent. Revue de la tub., nº 3, juin.

— Zembruski. — Appendicitis tuberculosa. Now. lek. Poznan, XVI, 58.

1905. — Kelly et Hurdon. — The vermif. appendix and its diseases. Philadelphie. Saunders and Cº éditeurs.

— Letulle. — Append. et tub. de l'append. Revue de la tub., 2e série, t. II.

— Reclus. — Pathog. de l'append. Presse Médic., 8 juillet, nº 54, p. 425.

— Routier. — Bull. Soc. chir., 5 juillet, p. 659.

Imp. de la Faculté de médecine, H. JOUVE, 15 rue Racine, Paris.